مشكلات

الطفل التوحدي

تأليف الدكتور

محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دار الجديد للنشر والتوزيع

618.9285882
و . ا

الشرقاوي ، محمود عبد الرحمن عيسى .

مشكلات الطفل التوحدي / محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي .- ط1.- دسوق : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع .

356 ص ؛ 17.5 × 24.5سم .

تدمك : 2 -587 – 308 – 977 – 978

1. التوحد (أطفال) .

أ - العنوان .

رقم الإيداع : 16970 .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز

هاتف- فاكس : 0020472550341 محمول : 00201285932553-00201277554725

E-mail: elelm_aleman2016@hotmail.com & elelm_aleman@yahoo.com

الناشر : دار الجديد للنشر والتوزيع

تجزءة عزوز عبد الله رقم 71 زرالدة الجزائر

هاتف : 24308278 (0) 002013

محمول 661623797 (0) 002013 & 772136377 (0) 002013

E-mail: dar_eldjadid@hotmail.com

2018

فهرس الكتاب

مقدمة الكتاب

تعتبر مشكلة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من المشاكل التي يجب أن يخصص لها قدراً كبيراً جداً من الاهتمام والرعاية حتى نستطيع أن نحقق نفعاً نعود من خلاله بأثر واضح وفعال فئ صورة منتج يحقق الكفاءة الشخصية والاجتماعية والمهنية لهؤلاء الفئة من الأطفال التي قدر لها أن تكون على هذه الصورة ، ولنحاول أن نزيد من توافقهم في المجتمع مع أقرانهم من الأسوياء. من خلال استثمار إمكانياتهم بما يضمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة بهم وتأهيلهم للاندماج في المجتمع الذي يعيشون فيه.

ولقد اهتم الدين الإسلامي بالنمو المتكامل للشخصية في شتى صورها حيث يقول الله سبحانه وتعالى في كتابه الكريم: وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَىٰ كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا ﴿٧٠﴾ [سورة الإسراء:٧٠]

كما وجهت السنة النبوية الاهتمام بذوي الاحتياجات العقلية ، حيث أشار النبي إلى ذلك بقوله "نحن معاشر الأنبياء ننازل الناس منازلهم ونكلمهم على قدر عقولهم" صحيح البخاري

وتشير(نعمات رقبان ، ٢٠٠٦، ٤-٥) إلى أنه عند تقديم المساعدة لتأهيل الطفل المتخلف عقلياً فإنه علينا ملاحظة بعض النقاط الهامة منها :

أن كل طفل حالةً خاصة منفردة ، فالفروق بين الأطفال المعاقين عقلياً متفاوتة ولا يمكن تطبيق الأساليب التربوية الناجحة بالنسبة لطفل على طفل آخر.

إيمان الأسرة بأن إمكانية تعليم وتدريب الطفل شيء أساسي ، فلو فقدت الأسرة الحماس أو شعرت بأن الجهد المبذول جهد ضائع فمن المؤكد أن الطفل لن يتقدم في أي شيء.

ليس المهم الكمية التي يتعلمها الطفل بل الأهم بالنسبة له هو نوع التعليم فلا يفيد الطفل أن يقضى ساعات طويلة في تعليم مهارات بشكل جيد بل المفيد أن يقضى فترة بسيطة في التعليم تكون بشكل صحيح ومدروس لتكون النتيجة أفضل.

نمو الطفل المعاق عقلياً أبطأ من الطفل العادي فمعرفة مراحل النمو الطبيعية للأطفال الأسوياء تساعد في تقديم برامج تأهيلية ناجحة للطفل المعاق وتجعله يلحق بقدر الإمكان بإطار النمو الطبيعي ،فعندما نقول أننا نُعلم الطفل شيئاً يعنى أننا نعطيه معلومات أو مهارات أو خبرات لم تتوفر لديه من قبل فكلمة تعلم لا تنطبق فقط على المواد الدراسية بل هي أعم من ذلك وتشمل كل ما يكتسبه الطفل من الميلاد وحتى لحظة الموت ، وما نُعلمه للطفل لابد أن يكون مفيداً له ويدفعه للتطور والنمو .

ولذلك يشير (عبد الحميد حكيم ، ١٩٩٩، ١٢) إلى أن النصف الثاني من القرن العشرين شهد تطوراً هائلاً في مجال الاهتمام بالأطفال المتخلفين عقلياً تمثل على المستوى العلمي في العديد من الإعلانات والمواثيق العالمية التي صدرت عن هيئة الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصصة والتي شملت الأهداف التالية :

مساعدة ذوى الاحتياجات الخاصة على التكيف الجسمي والنفسي مع المجتمع.

تشجيع الجهود المبذولة على الصعيدين الدولي والوطني لتقديم المساعدة والتدريب والإرشاد لذوى الاحتياجات الخاصة وإتاحة فرص العمل المناسبة لهم وتأمين اندماجهم الكامل في المجتمع.

تشجيع مشاريع الدراسة والبحث الرامية إلى تيسير مشاركة ذوى الاحتياجات الخاصة في المشاركة في مختلف نواحي الحياة.

تشجيع اتخاذ تدابير فعالة للوقاية من العجز لإعادة تأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة.

ولقد تضمنت توصيات بعض المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضرورة الاهتمام بتربية الأطفال المعاقين ، واعتبار رعايتهم حقا إنسانيا تقننه التشريعات والقوانين (أسماء السرسى وأماني عبد المقصود ، ٢٠٠٢)

وتؤكد الدراسات التربوية والنفسية الحديثة في الآونة الأخيرة على أهمية مفهوم الكفاءة الاجتماعية وعلى استغلال طاقات الطفل التي يعتبرها علماء النفس غاية في النشاط والقوة في سنوات العمر الأولى وجعل هذه الطاقات تصب في دافع ومحرك ذهني الأمر الذي ينمى حتما مهارات وقدرات الأطفال المعاقين عقليا وهذا لا يتأتى إلا من خلال البرامج التدريبية السلوكية ، والبرامج العلاجية المتنوعة لما لها من أهمية في تنمية فاعليتهم الذاتية والحد من مشكلاتهم السلوكية.

ويعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة ، فهو شكل من أشكال الاضطرابات السلوكية التي يحوطها الكثير من الغموض الذي يرتبط بأسباب الإصابة والتشخيص وطرق العلاج فهو من الاضطرابات النمائية المنتشرة. *pervasive desearch (Council,2001)* لأنه يبدءا في السنوات الأولى من العمر ومثل كل الاضطرابات أو الإعاقات التي تبدءا مبكراً ، فأنه يؤثر في جوانب النمو المختلفة لدى الطفل ، فيترك آثاراً سلبية على تلك الجوانب ، فقد يؤثر على النمو المعرفي الاجتماعي والانفعالي للطفل وعلى سلوكه بوجه عام . بحيث يتشكل لدى الأشخاص ذوى التوحد نمط خاص من النمو يختلف عن النمط العادي (سهي أحمد أمين ، ٢٠٠١).

ويرجع الفضل إلى العالم ليوكانر Leokanner (١٩٤٣) في بزوغ مصطلح الأوتيزم Autism حيث لفت اهتمامه أنماطا سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلا كانوا مصنفين على أنهم متخلفين عقليا فقد لاحظ استغراق هؤلاء الأطفال المستمر في انغلاق كامل على الذات والتفكير المتميز بالاجترار الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس وبعدهم عن الواقعية وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث فهم دائمو الانطواء والعزلة ، ولا يتجاوبون مع أى مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن توصيل أى من المثيرات الخارجية إلى داخلهم *(Schopler, 1992: 3,wagner,2001: 1,Otten,et al,2004:.1* (عثمان لبيب فراج،١٩٩٤).

ومصطلح أو كلمة التوحد مشتقة في الأصل من الكلمة اليونانية (الذات) وربما تم اختيار تلك الكلمة أو المصطلح هذا تحديداً ليصف أعراضاً معينة لما لها من دلالة هامة وهى أن مصطلح التوحد يشير بشكل أو بآخر إلى أعراض محددة وتظهر تلك الأعراض في الطفل المصاب حيث نجده كما لو إنه يعيش في عالمه الخاص به أو يتعامل داخل عالمه دون الاعتبار بمن حوله وكأنه لا يراهم (*Davis, B, 2002: 13*).

والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف ويمكن أن يصاب الأطفال من أى مستوى من الذكاء بالتوحد مع الخيال وقد يكونوا طبيعيين أو أذكياء جداً أو متخلفين عقلياً . (كريستين مايلز،١٩٩٤: ١٨٥).

وقد بدأ الاعتراف بالتوحد كاضطراب مستقل وليس نوع من الفصام الطفولي أو ذهان الطفولة المبكرة حيث كان هناك خليط بين هذه الاضطرابات العقلية منذ عام ١٩٧٨ مع نشر الدليل الدولي التاسع تحت عنوان التوحد الطفولي .إضافة إلى هذا يوجد فرق بين زملة أعراض التوحد وزملة أعراض الفصام في الطفولة . (رشاد موسى ، ٢٠٠٢: ٣٨٧).

وفي عام ١٩١٢ استخدم الطبيب النفسي أوجين بلولر (*Eugen Bleruler*) كلمة توحد وكان يقصد بها آنذاك الهروب من الواقع فعندما نقول أن هذا شخص توحدي فنحن نعنى بذلك أنه لا صلة له بالواقع وكان معنى التوحد عند بلولر هو الذهان *(Corbier, 2004: 13)* .

والشخص ألتوحدي ذو شخصية مغلقة وهو ملتفت إلى داخله ومنشغل انشغالا كاملاً بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية إلى حد كبير في الخيال ونراه دائما منشغلاً انشغالا كاملاً بخيالاته وأفكاره وبالأنماط السلوكية المقلوبة كبرم الأشياء أو لفها والهزهزة بالإضافة إلى اللامبالاة تجاه الوالدين والآخرين ومقاومة التغيير وعيوب في النطق.

وفي هذا الكتاب نحاول أن نتعرف على فئة الأطفال التوحديون ونلقى الضوء على أسباب التوحد ، وأعراضه ، وتشخيصه ، وأشكاله ، ومشكلات الطفل ألتوحدي وما قدم من دراسات سابقة لنقف على الكثير من البرامج العلاجية لهذه الإعاقة النمائية .وأسأل الله تعالى أن يوفقني وأن أنفع بما أُقدمه عامةً وخاصةً لهذه الفئة من الأطفال التوحديون وأن يجعله الله في ميزان حسناتنا.

وأخيراً فإن الكمال لله وحده وإن كان فيما قدمتُه بعض القصور فهذا من طبيعة البشر وإن كان غير ذلك فتوفيق من الله عز وجل ، وما توفيقي إلا بالله.

الفصل الأول : ذوى الاحتياجات الخاصة

من هم ذوى الاحتياجات الخاصة؟

اختلفت كثير من آراء العلماء والباحثين العاملين في ذلك المجال وتباينت في تحديد المسميات والمصطلحات التي تنطبق على الأفراد الذين يعانون عن غيرهم من الأسوياء في جانب أو أكثر من جوانب الشخصية أو في مظهر أو أكثر من مظاهر النمو وجاءت آرائهم مترجمة في مسميات ما لبثت أن أصبحت مصطلحات قائمة نتداو لها الآن في ذلك المجال ومنها الضعف *Impairment* والعجز *Disability* والاضطراب *Disorders* والإعاقة *Handicap* وأصبحنا ننظر لمن تنطبق عليهم إحدى هذه المسميات نظرة تختلف عن مالا نطلقها على غيرهم من الأسوياء وكأنها وصمة اجتماعية ،مما ترتب عليه انخفاض مستوى إدراك هؤلاء الأفراد لأنفسهم والإقلال من تقديرهم لذاتهم ، مما أدى إلى زيادة الإحساس لديهم بالعجز وتألمهم نفسياً واجتماعياً ، وإلى جانب ذلك فقد لاحظنا أن بعض هذه المسميات أو بالأحرى جميعها لا تحدد مجال أو أكثر من مجالات القصور التربوية التي يمكن من خلالها تحديد احتياجاتهم والخدمات التي يمكن أن تقدم لهم ، ومما نلاحظه أيضاً أن هذه المسميات أو المصطلحات تناولت النواحي السلبية لهؤلاء الأفراد ولم تتناول النواحي الإيجابية كالتفوق العلمي والموهبة والإبداع والتي يمكن من خلالها أن نحدد احتياجاتهم والخدمات التي يمكن أن تقدم لهم ، ولذلك فقد لاحظنا بعضاً من العلماء والباحثين استخدموا مصطلحات أخرى تعبر عن التوجه الإيجابي منها ذوى الاحتياجات الخاصة *Persons with special needs* ومنها غير العاديين *exceptional* أو *up normality* للإشارة إلى من ينحرف أداؤه في جانب أو أكثر من الشخصية عن متوسط أقرانه من العاديين إلى الحد الذي يلزم معه ضرورة تقديم خدمات أو مظاهر عناية ورعاية خاصة لهم كالخدمات التربوية أو الطبية أو التأهيلية أو الاجتماعية أو النفسية.

وقد حدد المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة (١٩٩٥) مصطلح (الفرد ذو الحاجات الخاصة) على أنه كل فرد يحتاج إلى خدمات خاصة لكي ينمو أو يتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو الوظيفية أو المهنية، ويمكن أن يشارك في عمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بقدر ما يستطيع وبأقصى طاقاته كمواطن.

ويشير (إسماعيل إبراهيم بدر ،٢٠٠٧) في تعريفه للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بأنهم الأطفال الذين لديهم تأخر أو إعاقة في إحدى المجالات التالية : النمو الجسمي والنمو العقلي المعرفي ، والنمو الانفعالي ، والنمو الاجتماعي ، والنمو اللغوي ، وممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٣- ٩) سنوات ، ولكي يطلق على طفل ذوى احتياجات خاصة ، لابد أن يتوافر محكين أساسيين هما :

-أن يكون لدى الطفل واحد أو أكثر من التأخر أو العجز أو الإعاقة في المجالات السابقة

-أن يتطلب الطفل برامج تربوية أو خدمات خاصة

ويشير (محمد عباس ، ٢٠٠٣، ١٣) إلى أن الحاجة ظهرت إلى ضرورة الاهتمام بالطفل المعاق ومشكلاته خاصة مع التزايد المطرد في نسبة الأطفال المعاقين في مصر ، حيث بلغت هذه النسبة ٦% من مجموع السكان ، وهى نسبة عالية تبعث كثيراً من القلق في ظل غيبة الوعي وضعف الإمكانيات المتمثلة في قلة الجمعيات والمراكز المتخصصة في رعاية المعاقين الذين تم الاتفاق على تسميتهم بالفئات الخاصة أو ذوى الاحتياجات الخاصة.

وقد اهتمت بعض الدول التي تسعى إلى التقدم والنماء بجهود جميع الأفراد ولذلك أصبحت رعاية ذوى الحاجات الخاصة من العوامل التي من خلالها نستطيع الحكم على مدى تقدم المجتمعات ، ومن أجل هذا الهدف تحاول الدول التي تقدم كافة الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية لهم ، وتوفير كافة احتياجاتهم من أجل أن يحيا كل فرد منهم حياة كريمة شريفة دون الشعور بالعجز أو القصور.

ولذلك فإننا نلاحظ أن مجال التربية الخاصة قد أسهم إسهاماً بليغاً في تحسين ظروف هذه الفئات في كافة النواحي التشخيصية والعلاجية والصحية والنفسية.

تصنيف ذوى الفئات الخاصة :

تعددت تصنيفات ذوى الفئات الخاصة سواء من قبل هيئات عالمية أو علمية أو من قبل العلماء والباحثين ، ومن أهم هذه التصنيفات ما أقرة المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة في مصر (١٩٩٥,٦٥) والذي أكد أن الفرد من ذوى الحاجات الخاصة ينتمي إلى فئة أو أكثر من الفئات التالية:

-التفوق العلمي والموهبة الإبداعية

-الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة

-الإعاقة السمعية الكلامية اللغوية بمستوياتها المختلفة

-الإعاقة الذهنية بمستوياتها المختلفة

-الإعاقة البدنية والصحية الخاصة

-التأخر الدراسي وبطء التعلم

-صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية

-الاضطرابات السلوكية والانفعالية

-الإعاقة الاجتماعية

-الأوتسية الاجترارية أو التوحدية

ما ورد في قانون التربية للأفراد المعوقين بالولايات المتحدة (١٩٩٤) *with Disabilities Individual Education Act* (*IDEA*) بأن هناك ثلاث عشرة فئة من فئات الإعاقة تقدم لهم الخدمات وتشمل :

-التوحد (أُضيف عام ١٩٩٠).

-الإعاقة الحسية المزدوجة .

-الصمم

-ضعف السمع

-التخلف العقلي

-الإعاقات المتعددة

-الإعاقات البدنية

-الإعاقات الصحية

-الاضطرابات الانفعالية الشديدة

-صعوبات التعلم

-اضطرابات النطق واللغة

-الإصابة الدماغية

الإعاقة البصرية (ديان برادلى وآخرون، د.ت،عبد العزيز الشخص، ٢٠٠٠، ٦١).

وتشير (زينب محمود شقير ، ٢٠٠٧) إلى أنه يمكن تقسيم ذوى الاحتياجات الخاصة إلى الأنواع التالية :

الموهبة والتفوق *Giftedness & Talents* .

الإعاقة العقلية *Mental Retardation* .

الإعاقة السمعية *Hearing Impairment* .

الإعاقة البصرية *Visual Impairment* .

الإعاقات الجسمية والصحية *Physical &Health Impairment* .

صعوبات التعلم *Learning Disabilities* .

اضطرابات التواصل *Disorders Communication* .

الإعاقة :

يشير (ابن منظور ، د.ت، ٣١٣٧) في تعريفه للإعاقة لغوياً بأنها مشتقة من الفعل عاقة،عوق، وعاق عن الشيء يعوقه عوقاً ، أي صرفه وحبسه وعطله .

ولقد تعددت التعريفات الخاصة بالإعاقة ، واختلف الباحثون في تعريفهم لها كل حسب تخصصه وفكره ، فمنهم من اهتم بالجوانب الطبية ومنهم من اهتم بالجوانب النفسية والاجتماعية والتربوية وآخرين اهتموا بالجوانب الجسمية والحسية ، ومنهم من اهتم بكل الجوانب في نظرة شاملة .

إلا أن الإعاقة تعتبر عقبة في طريق الفرد سواء أكانت جسمية أو حسية أو انفعالية أو عقلية أو اجتماعية .

ويطلق لفظ المعاق على الشخص الذي فقد أحد أعضاء جسمه أو أصيب بعاهة أو مرض قبل الميلاد أو بعده مما يجعله غير قادر على الاستجابة بشكل مناسب لما يرد إليه من منبهات سواء كانت هذه المنبهات داخلية أو خارجية (English,1998,P.236)

ويرى عبد الفتاح عثمان في تعريفه للإعاقة بأنها " قصور أو تعطل عضو أو الأعضاء الداخلية للجسم عند القيام بوظائفها نتيجة لأسباب وراثية أو مكتسبة ميكروبية أو فيروسية أو أمراض أو حوادث معينة (في: أماني عبد المقصود ،١٩٩٨).

ويشير زهير السباعي في تعريفه للإعاقة بأنها "كل ما يحد من قدرات الإنسان العقلية أو النفسية أو الجسدية ويجعله غير قادر على أن يمارس حياته الطبيعية المتوقعة منه في حدود عمره وجنسه وظروفه البيئية "(في رسمي بر الملك رستم، ١٩٩٨).

ويشير عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١، ١٣١) إلى الإعاقة الجسدية بأنها تلك الإصابة الجسمية التي لها صفة دائمة وتؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية في المجتمع .

ويشير عادل عبد الله (٢٠٠٤، ٢٨٤) إلى الإعاقة الجسدية بأنها حالة تعوق الفرد عن أن يقوم باستخدام جسمه أو أجزاء منه استخداماً كاملاً ذا فاعلية مما يؤثر على كم وكيف أدائه" .

ويشكل مصطلح" الأطفال المعوقين " المتخلفين عقلياً ومن لديهم صعوبة في السمع والصمم ومن لديه إعاقة في الكلام أو أي إعاقة صحية أخرى ، ويشمل كذلك كف البصر ومتعددي الإعاقات ومن لديهم صعوبات معينة في التعليم ، وهم الذين يحتاجون إلى تربية خاصة وخدمات أخرى مرتبطة بها .

أسباب الإعاقة :

للآن لا يوجد سبب معين للإعاقة ولكن هناك العديد من الاجتهادات تحصر عدداً من الأسباب للإعاقة وتنقسم إلى :

عوامل وراثية وخلقية : انتقال الصفات الوراثية (الجينات) ، خلل في الانقسام الجيني أو اضطراب كروموسومى .

عوامل تتعلق بالحمل والولادة وتنقسم إلى :

عوامل ما قبل الولادة مثل : التعرض للأشعة وتناول الأدوية أثناء الحمل أو الإصابة بالإمراض الضارة والمعدية مثل الحصبة الألمانية .

عوامل أثناء الولادة مثل : نقص الأوكسجين أو الولادة المتعثرة أو المبتسرة .

عوامل ما بعد الولادة مثل :الاختناق أو التعرض للإصابات كالسقوط أو النزيف أثناء الولادة.

عوامل التهابية مثل : تعرض الطفل لإصابات الرأس أو حوادث السير والسقوط أو الالتهابات مثل : التهاب السحابا والتهاب الدماغ

عوامل متنوعة تتعلق بالبيئة مثل : التلوث والإشعاع والتسمم بالرصاص وأكسيد الكربون والعقاقير المخدرة ، والحروب ، والكوارث الطبيعية والظروف الأسرية والحرمان البيئي الشديد والإهمال أو الحماية الزائدة.

أنواع الإعاقة :

أولاً : الإعاقة الحركية *Orthopedic Handicap* :

يشير فتحي عبد الرحمن (٢٠٠٠، ٢٨) إلى المعاق حركياً بأنه " الفرد الذي يعانى من عجز حركي أو جسمي يحد من نشاطه وحيويته ويعوق حركته نتيجة عيب خلقي أو حادث.

بينما يشير عادل عبد الله (٢٠٠٤، ٢٨٥) إلى أن الإعاقة الحركية قد ترجع في الأساس إلى عدد من الظروف والأسباب المختلفة منها ما هو وراثي ومنها ما هو بيئي .

ويعرف كل من هنت ومارشال Hunt&Marshall (١٩٩٤، ٢١) الإعاقة الحركية بأنها "حالة من نقص الكفاءة في مستوى الوظائف الحركية سواء الخاصة بالإطراف أو العظام أو العضلات "

ويعرف عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١، ١٣١) الإعاقة الحركية بأنها " عجز في وظيفة أعضاء الجسم المتصلة بالحركة كالأطراف والمفاصل .

ويرى (أدث . م. ستيرن والذاكاستديك)أن الآثار التي تنشأ عن الإعاقة الحركية لن تكون آثارها هو ما يحدث للمرء فقط وقت حدوثها ولكن تمتد هذه الآثار مع امتداد العمر ، فالجسد يستهلك أسرع وتضعف القوى وتخور النفس بمرور الوقت

وتشير ثريا إبراهيم (٢٠٠٧، ٦٨٦) إلى أن المعوق يبدأ بالإصابة وينتهي بسخرية متواصلة ، فالإعاقة الحركية ليست بإعاقة في وظيفة عضو الحركة فحسب ، بل هي إعاقة في المحيط النفسي ، والمحيط الخارجي والاجتماعي للمعاق وكلما زادت شدة الإعاقة الحركية فإن هؤلاء المعاقين قد يلجأون إلى السلوكيات الدفاعية والانسحاب من الحياة واللجوء إلى العزلة وأحلام اليقظة .

وتشير إيمان حسين (٢٠٠٨، ٧٤٩) إلى أنه حين ينغمس الباحث في مجال الإعاقة الحركية ، فإنه يلتقي بأفراد أثقلتهم الجراح ، جراح جسمية بقدر ما تعد جراح نفسية حيث يلتقي بفئة ضائعة قد تقف على أطلال الماضي ، وتجرفهم إعاقتهم في منحى يعزلهم عن العالم بأسرة ، ويتشوقون أن يروا أنفسهم خارج عالم الإعاقة الذي ينصهرون فيه .

ثانياً :الإعاقة السمعية *Hearing impairment* **:**

تُعتبر الإعاقة السمعية من الإعاقات التي ينتج عنها الكثير من المشاكل التي تواجه المجتمعات النامية والمتقدمة ، وتعرف بأنها " وجود قصور أو ضعف في القدرة السمعية ، ويؤدى إلى قصور في الأداء التعليمي أو المهني أو فرص التفاعل مع المثيرات البيئية والاجتماعية المحيطة بالفرد.

والطفل الأصم هو الطفل الذي لديه فقدان سمعي من ٧٠ ديسبيل وأكثر ويعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماعة الطبية (Moores,1996).

ويعرف عبد المطلب القريطى (٢٠٠٥، ٢٩٩) الصم بأنهم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أغراض الحياة العادية سواء من ولدوا منهم فاقدي السمع تماماً ، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة ، أم من أصيبوا بالصمم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم تلاشت تماماً ، مما يترتب عليه في جميع الأحوال افتقاد المقدرة على الكلام وتعلم اللغة.

ويضيف يوسف القريوطى (١٩٩٥، ١٣٨) في تعريفه للإعاقة السمعية بأنها تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة ، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها صمم.

ويعرف نظمى أبو مصطفي (٢٠٠٠، ١١٢) الأطفال المعاقين سمعياً بأنهم الأطفال الذين يعانون قصوراً أو عجزاً في قدرتهم السمعية ، مما يعيق الأداء التعليمي أو المهني أو فرص تفاعلهم مع المثيرات البيئية والاجتماعية".

ثالثاً :الإعاقة البصرية *Visual Impairment* :

يعرف المعاق بصرياً من عدة نواحي، حيث يعرف الكفيف بأنه من كف بصره (جبران مسعود، ١٩٢٧) وأعمى هو ذهاب البصر (محمد بن أبو بكر الرازى (١٩٥٤) وكلمة العاجز يطلقها العامة على الأعمى لملاحظتهم أنه قد عجز عن الأشياء التي يستطيعونها هم ، وأما كلمة الأكمه فمأخوذة من الكمه وهى العمى قبل الميلاد.

ولذلك نجد أن هناك مجموعة من الألفاظ تستخدم للتعريف بالشخص الذي فقد بصره مثل (الأعمى ، الأكمه ، العاجز ، الكفيف ، المكفوف)(لطفي بركات ، ١٩٨١، ١٣٩).

تشير حنان شرشر (١٩٩٥، ٣) إلى أن دراسة كف البصر من الدراسات ذات الأهمية الكبيرة وذلك لما قد يوجد بين تلك الفئة من مكفوفي البصر ممن هم لديهم قدرات خاصة ومواهب طبيعية وسمات نادرة لابد أن نهتم بها ونرعاها حتى تنموا تلك القدرات ، والمواهب بطريقة طبيعية ، كما أن هذه الفئة لها تأثير كبير على تطور وتقدم المجتمع ، فالرعاية لابد أن تشمل الجانب الاجتماعي والنفسي والصحي والتربوي للكفيف.

ويشير عبد العزيز الشخص (١٩٩٤، ١٨٥) إلى أن حاسة البصر تمثل أهمية كبرى في حياة الإنسان فهي تساعده على التفاعل الواقعي مع بيئته سواء كانت طبيعية أو اجتماعية إذ أن حوالي ثلثي معلومات الفرد عن العالم المحيط به تأتى عن طريق حاسة البصر أي أن البصر يضفي على حياة الإنسان معنى خاصاً.

ويشير محمد عبد الفتاح (١٩٩٣، ٤١٨) إلى أنه على الرغم من الاهتمام العالمي الذي يحظى به المعوقين في الآونة الأخيرة والاهتمام الرسمي والشعبي في المجتمع المصري والذي دفعته هيئة الأمم المتحدة لدول العالم إلى اعتبار عام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعوقين وبالرغم من صدور العديد من التشريعات التي تحدد برامج وخدمات رعاية المعوقين وتخصص نسبة منهم للعمل بالهيئات والمؤسسات إلا أن نتائج العديد من الدراسات والبحوث تؤكد على أن هذه الفئة لم تلق الاهتمام المناسب والمرتبط بحل مشاكل الأطفال المكفوفين ، وإشباع احتياجاتهم الأساسية التي تكفل لهم الاستقرار .

ويشير (*Burlingham,1992,P.259*) إلى أنه من الأسباب التي تؤدى إلى صعوبة نسبية في الاتصال بالآخرين هو غياب حالة الإبصار ، فالكفيف لا يستطيع الاتجاه بنظراته إلى محدثه ، وهو لا يستطيع استخدام الإشارات أو الإيماءات التي تنوب عن اللغة في بعض الأحيان ، وهو لا يستطيع قراءة تعبيرات الوجه لمعرفة أثر كلماته على من يستمع إليه ، ولا يستطيع استخدام تلك التعبيرات لتصوير انفعالاته لما يقوله الآخرين مما يوحى لمحدثه أنه لا ينصت إليه أو بأنه لا يهتم بما يقوله ، ولكن الكفيف يعتمد على حاسة السمع وحدها في الاتصال بالآخرين ، ولأنه لا يستطيع إدراك أفعال الآخرين بما يقوله أو يفصله فإنه يحتاج دائماً إلى قدر كبير من الانتباه والتركيز لكي يحتفظ بتواصله مع الآخرين ، ولهذا السبب فإن علاقات المكفوفين بالآخرين تبدو في كثير من الأحيان أحادية الجانب .

ويتفق كل من(نعمات عبد الخالق،١٩٩٣، عبد المطلب القريطى٢٠٠١ ، ١٩٧ ، صلاح السرسى ، ١٩٩٨ ، ١٦٣ ، إلهامى عبد العزيز ، إيمان حبرس ٢٠٠٠ ، ١٤) على أن للإعاقة البصرية وانفصال الطفل الكفيف عن البيئة الخارجية المحيطة به تأثيرات سلبية على السلوك الاجتماعي للفرد ، حيث يترتب عليه الكثير من المشاكل في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي ، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي ، وذلك لعجز المعاقين بصرياً أو لمحدودية الحركة لديهم ، وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية وتعبيراتهم الوجهية كالبشاشة والرضا والغضب وغيرها مما يعرف بلغة الجسم وتقليد هذه السلوكيات أو محاكاتها بصرياً والتعلم منها ، ونقص خبراتهم ، والفرص الاجتماعية المتاحة أمامهم للاحتكاك بالآخرين والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم ، فهم لا يتحركون بالسهولة والمهارة والطلاقة التي يتحرك بها المبصرون.

ولهذا يجد الكفيف نفسه عاجزاً عن الاندماج الصحيح في المجتمع ومن ثم يفضل الكثير من المكفوفين قصر علاقاتهم الاجتماعية على زملائهم المكفوفين وقد وجد باترا *Patra* ١٩٨١ أن نسبة كبيرة من المكفوفين يشعرون بوجود فجوة (عائق) تعوق التواصل بينهم وبين المبصرين وأن المكفوفين في الغالب يتخيرون أصدقائهم من بين المكفوفين وليس من المبصرين

ويوضح كل من (سميرة أبو زيد، ١٩٩٨، أحمد عبد الرحيم ، ١٩٩٤ ، وزارة التربية والتعليم ، ١٩٩٥ ، فاتن النمر، ١٩٩٨،) أنه على الرغم من أن المكفوفين في مصر يحظون بكثير من أوجه الرعاية الاجتماعية والنفسية والتربوية التي تقوم على تنفيذها الوزارات والجمعيات الأهلية المختلفة ، إلا أن هناك فئة منهم لا تحظى بأي نوع من الرعاية وهى فئة الأطفال المكفوفين في مرحلة ما قبل المدرسة ويرجع ذلك إلى وجود قصور في المعلومات والإحصائيات الخاصة بأعداد هذه الفئة ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٤ – ٦ سنوات ، وقله عدد الدور أو الأماكن التي تقوم برعايتهم ، إضافة لذلك أن معظم هذه الدور والمؤسسات لا تقبل الأطفال قبل سن التعليم الأساسي أي قبل سن السادسة ، مما يترتب عليه وجود قصور نسبى في الإحساس بمشكلات تلك الشريحة وتلك الفئة وندرة الخطط والبرامج الخاصة بهم بالرغم من أهمية وجود هذه الخطط والبرامج لمثل هؤلاء الأطفال وفي هذه المرحلة العمرية لتأهيلهم ومساعدتهم على التوافق النفسي والاجتماعي ونمو جميع جوانب شخصيتهم.

وتشير (أسماء السرسى ، أماني عبد المقصود ، ٢٠٠٢) إلى أنه نتيجة لذلك فإن معظم هؤلاء الأطفال يظلون في رعاية أسرهم التي غالباً ما تحتاج إلى التوجيه والإرشاد للقيام بدورها في أهم فترة عمرية من فترات التنشئة الاجتماعية ، كما أن غالباً ما تكون اتجاهات الأسر نحو طفلهم الكفيف في هذه المرحلة اتجاهات سالبة تؤثر في تأخر نموه وتسلك سلوكاً لا يؤدى إلى التربية السليمة.

وبالرغم من وجود بعض أماكن للروضة الخاصة بالأطفال المعاقين بصرياً في وقتنا الحالي إلا أنها لا تتناسب مع العدد الفعلي لهؤلاء الأطفال ، كما أن البرامج التعليمية الموجودة بها لا تزال تحتاج إلى الدعم من قبل الوزارات والهيئات التعليمية الأخرى التي تعمل في مجال الإعاقة البصرية.

المعاقون عقلياً القابلين للتعلم

مقدمة :

يشير(فاروق الروسان: ١٩٩٨ ، ٣٧) إلى أنه ظهر العديد من المصطلحات الحديثة التي تعبر عن مفهوم الإعاقة العقلية *Mental impairment* Or *mentally andicapper* **، ومصطلح النقص العقلي** *Mental deficiency* **، ومصطلح التخلف العقلي** *Mental retardation* **، ومصطلح واهن العقل** *Feeble minded* **ومصطلح عدم السواء العقلي** *Mental subnormal*.

ويشكل المعاقون عقلياً ظاهرة اجتماعية مهمة ، سواء في المجتمعات المتحضرة أو في المجتمعات النامية، وذلك لتوفير أكبر فرص للتوافق الاجتماعي وحتى لا يصبح المعاق عقلياً عبئاً على الأسرة والدولة،وقد تضمنت توصيات بعض المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضرورة الاهتمام بتربية الأطفال المعاقين ، واعتبار رعايتهم حقاً إنسانياً تقننه التشريعات والقوانين والعمل على استثمار إمكانياتهم بما يضمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة ، وتأهيلهم للاندماج مع المجتمع الذي يعيشون فيه بالإضافة إلى الاهتمام ببرامج التنمية والرعاية واعتبار هذه البرامج مطلبا اجتماعياً أساسياً في تربية الأطفال ورعايتهم وتأهيلهم للاندماج مع الآخرين في البيئة المحيطة (أسماء السرسى ، أماني عبدالمقصود ،٢٠٠٢).

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٩، ٣) إلى أن الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة زاد في العقدين الأخيرين عنه في الماضي في كل دول العالم الغنية والنامية على حد سواء، وظهر هذا الاهتمام في مجال التشخيص واتساع تعريف ذوى الاحتياجات الخاصة لتشمل فئات كثيرة تحتاج إلى وسائل مساعدة في التعلم والتواصل مع الآخرين في المجتمع بطرق سوية ومرغوبة ، ويتم ذلك بتقديم العون والمساعدة والرعاية التربوية والنفسية التي تقوم على دراسة خصائصهم واهتماماتهم. ومن الاتجاهات الحديثة أيضاً الاهتمام بالجوانب الإيجابية في شخصية هذه الفئات بدلاً من التركيز على الجوانب السلبية ومظاهر العجز والاضطراب.

مفهوم المعاقين عقلياً :

ليس من السهل تعريف الإعاقة العقلية ،وذلك لأسباب ترجع إلى طبيعة هذه الإعاقة العقلية، فهي مشكلة متعددة الأبعاد والجوانب ، فالإعاقة العقلية مشكلة طبية ، وتربوية ، واجتماعية ، وعلمية أيضاً (أشرف عبد الغنى شريت،٢٠٠٩ ،٤٩ -٥٠).

وقد استخدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي *American Association of Mental Retardation (A.A.MR.)* مفهوم التأخر العقلي بمعنى التخلف العقلي وأطلقته على كل من يقل مستوى قدراته العقلية العامة عن المتوسط (كمال إبراهيم مرسى ،١٩٩٦ ،٢٠٩).

وتشير (آمال عبد السميع باظة ،٢٠٠٢) إلى أن الإعاقة العقلية تم اكتشافها منذ العصور القديمة وأنها تنتشر بين جميع الشعوب بغض النظر عن موقعها الجغرافي أو مستواها الاقتصادي والاجتماعي ، ومن حيث أنها عجز أو توقف أو خلل في قدرات مجموعة من الأفراد فقد نالت اهتمام كل التخصصات الطبية والاجتماعية والقانونية لحمايتهم وإظهار احتياجاتهم ورعايتهم وتعليمهم بإنشاء مؤسسات خاصة بهم ، وتطورت وسائل تعليمهم وتأهيلهم مهنياً ،ويعتبر الاتجاه الطبي أول الاتجاهات التي ساهمت في تعريف الإعاقة العقلية ، ومع ظهور اختبارات الذكاء ساهم القياس النفسي في تصنيف الإعاقة العقلية وترتب عليها التصنيف التربوي حيث الاستعداد للتعلم أو التدريب العملي والمهاري أو اعتماد الطفل على الآخرين ولا يستطيع الاستقلال الذاتي في قضاء حاجاته الأساسية مثل المأكل والملبس والبيع والشراء والتعامل مع المحيطين ، واستخدمت الوسائل التكنولوجية الحديثة في تنمية بعض العمليات المعرفية (التخيل- الإدراك – التفكير – حب الاستطلاع) لدى الأطفال المعاقين عقلياً ، كما اهتمت الكثير من البحوث بالكشف عن الجوانب الإيجابية في تكوينهم النفسي والعقلي ليمكن تنميته بدلاً من التركيز على جوانب القصور والعجز التي يعد التقدم والنمو فيها بطيء.

ويشير (وليد السيد خليفة،٢٠٠٦) إلى أن الاهتمام بذوي الاحتياجات العقلية قد حظي بنصيب وافر من العلماء خاصة علماء النفس والتربية للتعرف على طبيعة هؤلاء الأطفال ، وأسباب إعاقتهم ، وطرق وقايتهم ، وأهم سبل علاجهم.

ويؤكد (محمود عنان، ١٩٩٨) على اختلاف تعريف الإعاقة العقلية وفق طبيعتها وحدتها من وجهة نظر العلماء المتخصصين ، فينظر إليها علماء علم النفس والتربية على أنها حالات من عدم اكتمال نمو الجهاز العصبي نتيجة لعوامل وراسية أو مكتسبة بينما يرى فريق من الأطباء إنها حالات من عدم التوازن الكيميائي داخل الجسم .

وهناك مجموعة من التعريفات ظهرت لمفهوم الإعاقة العقلية لا تزال تستخدم على نطاق واسع أذكر منها بإيجاز فيما يلي :

تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي :*AAMR* :

يتمثل في أنه الطفل ذو "عجز عقلي يتميز بنواحي قصور واضح ة في كل من الوظائف العقلية ، وفي السلوك التكيفي المعبر عنه في مهارات التكيف العملية والإدراكية ، وهذا العجز منشأةُ قبل عمر ثمانية عشر سنة ، وتعرف الجمعية السلوك التكيفي بأنه " يشير إلى ما يفعله الناس ليكونوا فاعلين في الحياة اليومية وهو يتضمن مهارات في مجالات متعددة كالاتصال ، والتفاعلات الاجتماعية ، واعتناء الفرد بنفسه ، وإدارة المال ، واستخدام وسائل المواصلات" .

أ-التعريف التربوي:

يشير (فاروق الروسان ، ١٩٩٨، ١٣٩) في تعريفه التربوي للتخلف العقلي " الطفل الذي لديه تخلف وبطء في التحصيل وعدم القدرة على مسايرة برامج التعليم بالمدارس العادية بسبب تخلف قدراته العقلية ، ويفشل في تحصيل المجردات والتعامل معها ، وقد يستطيع اكتساب مهارات ومبادئ القراءة والكتابة والحساب عن طريق برامج تعليمية خاصة فيسمى قابلاً للتعلم *Educable* أو يفشل في اكتساب هذه المبادئ البسيطة فيسمى غير قابل *Uneducable*".

يعرف الطفل المعاق عقليا من الناحية التربوية بأنه الطفل الذي يكون لديه قصور في القدرة على التعلم والتكيف لمطالب المجتمع.

وتعرف(آمال عبد السلام باظة ،٢٠٠٩ ، ١٥) المعاقين عقلياً بأنهم فئة لديهم القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة ويحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغيير في السلوك والاجتماعي ليصبحوا مقبولين في تفاعلهم مع الآخرين ، وأيضاً في تحسين العمليات المعرفية لديهم والمهنية.

ويعرف(محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي ،٢٠١٤، ٣٩) المعاقين عقلياً بأنهم الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على التحصيل الدراسي والتعلم مقارنة بأقرانهم العاديين في نفس أعمارهم الزمنية ، ويصاحب ذلك ضعف توافقهم مع الآخرين ، وتحمل المسئولية عن أنفسهم ، وهؤلاء الأطفال يمكنهم الاستفادة من بعض البرامج الخاصة التي تحسن من أدائهم التعليمي والاجتماعي والمهني بدرجات تتناسب وقدراتهم وإمكانياتهم .

ويشير (محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٧، ٣٨) إلى أن الجمعية الوطنية للأطفال المتخلفين عقلياً *the national association for mental retarded children* ترى أن المتخلف عقلياً " شخص يعانى منذ الطفولة من صعوبة غير عادية في التعلم ، وهو غير فعال نسبياً في استخدام ما تعلمه في مواجهة مشكلات الحياة العادية ، وهو يحتاج إلى تدريب وتوجيه خاصين ليستفيد من طاقته مهما كانت .

ب- التعريف الاجتماعي:

يشير (كمال سالم ،١٩٨٨، ١١٥) إلى أن التخلف العقلي من الوجهة الاجتماعية هو انخفاض المستوى الثقافي والقدرة على التعامل مع الآخرين .

وقد وضع الاتحاد الأمريكي للتخلف العقلي تعريفاً يركز على وصف نسق المساعدات التي يحتاجها الفرد ، ولذلك فقد تم تحديد السلوكيات التكيفية بعشرة مجالات لمهارات التكيف مؤكداً على الشخص وعلاقاته التفاعلية مع البيئة والذي نص على أن التخلف العقلي هو قصور جوهري في الأداء الوظيفي العقلي أقل من المتوسط ويصاحب هذا القصور عائقان أو أكثر في إحدى مهارات التكيف التالية : الاتصال والعناية بالذات، والمعيشة المنزلية ، والمهارات الاجتماعية والتعامل مع المجتمع المحلى ، وتوجيه الذات، والصحة والأمان ، والمهارات الأكاديمية الوظيفية ، ووقت الفراغ والعمل ، ويظهر التخلف العقلي قبل سن الثامنة عشر .(Kevinl 1995 p713)

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٧ ، ١٠) في تعريفها للتخلف العقلي من الناحية الاجتماعية " الفشل في إقامة التواصل الاجتماعي مع الآخرين وأداء الاستجابات والأدوار الاجتماعية المتوقعة منه في تفاعله مع الآخرين التي تناسب نفس الفئة العمرية " .

ويشير (Mangal,2002,436) " حالة تطورية غير عادية تظهر منذ الميلاد أو في الطفولة المبكرة وتتميز بانخفاض ملحوظ في نسبة الذكاء يصاحبه عدم التوافق الاجتماعي ".

ج-التعريف النفسي :

يعرف (حامد عبد السلام زهران ،١٩٩٨، ٤٣٢) الإعاقة العقلية بأنها حالة عجز أو قصور أو تأخر أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي ، يولد بها الفرد ، وتحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية أو مرضية تؤثر على الجهاز العصبي للفرد مما يؤدى إلى نقص الذكاء وتتضح آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج ، والتعلم، والتوافق النفسي والاجتماعي والمهني ، بحيث ينحرف مستوى الأداء عن المتوسط في حدود إنحرافين معياريين سالبين.

د- التعريف الطبي :

تشير لوريا Luria (1983) **إلى أن المتخلف عقلياً "هو ذلك الشخص الذي يعانى من أمراض دماغية حادة في طفولته المبكرة، وتؤخر هذه الأمراض من الارتقاء السوي للمخ ، وما ينتج عن هذا من مشكلات خطيرة في ارتقاء الوظائف العقلية"**

ويشير (Mangal,2002,436) **إلى أن القرار البريطاني للإعاقة الذهنية** *British Mental Deficiency* **أكد أن التخلف العقلي عبارة عن "نمو متوقف لبعض خلايا المخ ، تظهر هذه الحالة قبل سن الثامنة عشر ، وتنشأ عن أسباب وراثية أو مرضية أو إصابات عضوية ".**

ويضيف (عبد اللطيف موسى عثمان ، ١٩٨٩، ١٥) أن التخلف العقلي من الجهة الطبية العضوية هو " عرض ينجم عن اضطرابات عديدة تلحق بالجهاز العصبي المركزي ، وبخاصة المخ نتيجة لإصابته بآفات مرضية معروفة أو غير معروفة ".

ويؤكد (حمدي شاكر محمود ، ١٩٩٨ ، ١٦٨) على أن التخلف العقلي من الناحية الطبية "إصابة المراكز العصبية وعدم اكتمال نضج الدماغ سواء أكانت هذه العوامل قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها ".

وتشير (آمال عبد السلام باظة،٢٠٠٩) في التعريف الطبي للإعاقة العقلية بأنه يعتبر أقدم التعريفات ، ويعرف التخلف العقلي أو الإعاقة العقلية بعدم اكتمال نضج الدماغ وخلاياه ومراكزه ، إما بالإصابة بمرض أو اختلال جيني أثناء الحمل لتعاطي الأم بعض الأدوية أو الإدمان أو التعرض للإشعاع أو الإصابة بالأورام وغيرها من الأمراض الأشد خطورة مثل الإيدز والسرطان أو لعوامل مؤثرة أثناء الولادة أو بعدها.

ويشير (أحمد عكاشة ، ٢٠٠٠، ٥٩٥) بأنه توقف أو عدم اكتمال ونضوج العقل مما يؤدى إلى نقص في الذكاء لا يسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستقلال وأنه عندما نتكلم عن العقل لا نعنى الذكاء فقط بل كل زوايا الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك ، ويمر الطفل أثناء نضوجه بمراحل مختلفة فيستطيع رفع رأسه من السادة في سن ٤ شهور ، ويجلس دون مساعدة عندما يبلغ ٦ شهور ، ثم يزحف في سن من ٨-٩ شهور ، ويقف وعمره عام ، ويسير بمفرده في سن ١٨ شهر ، وهنا يتحكم في عملية التبرز ، ويبدأ في الكلام ، ويليها التحكم في التبول عندما يصل لسنتين من العمر ، ويطعم نفسه في سن الثالثة ثم يتمكن من لبس ملابسه في الخامسة من عمره ، أما في حالات القصور العقلي فتتأخر هذه المراحل بل وأحياناً لا يكتسبها الطفل إلا بعد فترة طويلة.

ويشير (عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٢ ، ٣٩٨) في تعريفه للتخلف العقلي أنه يُنظر إليه في ضوء الأسباب التي يمكن أن تؤدى إليه سواء كانت قبل أو أثناء أو بعد الولادة.

مما سبق يتضح أن هناك تعريفات متعددة لمفهوم الإعاقة العقلية حيث نلاحظ أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (*AAMR*) ركزت على ثلاثة محكات أساسية هي : النضج *Maturity* ، والقدرة على التعلم *Leamable* ، والتوافق الاجتماعي *Social adjustment* ،في حين ركز الجانب التربوي على القصور الواضح في نسبة الذكاء ، أما الجانب الطبي فقد ركز على دور الوراثة أو الإصابة العضوية أو الأمراض ، وقد ركز الجانب الاجتماعي على نقص المهارة الاجتماعية .

هـ التعريف من وجهة نظر القياس النفسي :

عرفه هيبر Heber (١٩٦٦) ويعتبر من أكثر التعاريف شيوعاً وقبولاً لدى علماء علم النفس والتربية ، والذي يشير إلى أن التخلف العقلي هو " الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط والذي يظهر في مرحلة النمو مرتبطاً بخلل في واحدة أو أكثر من الوظائف التالية :

النضج *Maturity* **:**

ويقصد به معدل النضج في نمو مهارات سن المهد أو الطفولة المبكرة مثل الجلوس ، والحبو ، والوقوف ، والمشي ، والكلام ، والقدرة على التحكم في الإخراج والتعامل مع أقرانه في السن .

التكيف الاجتماعي *Social Adjustment* **:**

ويقصد به مدى قدرة الفرد على الاستقلال وأن يكسب عيشه دون مساعدة علاوة على قدرته على أن ينشىء علاقات شخصية أو اجتماعية مع غيره في حدود إطاره الاجتماعي .

نسبة انتشار التخلف العقلي :

يشير(محمد مقداد وآخرون ، ٢٠٠٨ ،٢٠١) إلى أن حجم مشكلة الإعاقة في مصر يقدر بنسبة ٤%- ١١% ، تبلغ نسبة الإعاقة العقلية منها ٧٣% أي ما يعادل مليون وثمانمائة ألف شخص في سن ما بين ٥ – ١٦ سنة ، وهذا يتطابق مع ما أوضحته نتائج العديد من الدراسات الميدانية والبحوث الحديثة المسحية.

ويشير (فاروق محمد صادق (١٩٩٨ ،٨٧-٨٨) إلى أن نسبة الأطفال المنغوليين نصل إلى حوالي ١٠% من حالات الإعاقة الذهنية ، وهم فئة قريبة التشابه في الملامح العامة من النوع المنغولي ، وتتمثل في العيون الضيقة وملامح الوجه المسطح المستدير والأنوف الضيقة ذات الاتجاه العرضي ، وقصور القامة وقد سميت هذه الحالات باسم (داون) وذلك نسبة إلى الطبيب الإنجليزي (Lang Down) ويجب أن نعرف أن العمر العقلي والقدرات الاجتماعية واللغوية والقدرة على التعلم تختلف لديهم ، وأيضاً نموهم الذهني والاجتماعي فيعتمد وبدرجة كبيرة على التنبيه الذي يتلقونه من البيئة والأهل وغير ذلك ، وعادة ما تكون وظائفهم أكثر توازناً من وظائف الأطفال المصابين في المخ ، ومتلازمة(داون) لها تأثير شديد على النمو واللغة والكلام والقدرات التواصلية ، فليس هناك من بين المصابين بها أكثر من ١٩% يتمتعون بقدرات تواصلية جيدة.

ويوضح (محمد عبد الرحمن حمودة ، ١٩٩٨ ، ٨١- ٨٢) أن نسبة الأطفال الذكور المتخلفين عقلياً ترتفع عن الإناث وذلك بنسبة ١٥ : ١ تقريباً ويرجع ذلك إلى زيادة الاهتمام بعدد الحالات المكتشفة من الأولاد أكثر من البنات ، كما أن الأولاد كثيراً ما يتعرضون للإصابات والسقوط من مرتفعات أكثر من البنات.

ويشير (سعيد حسنى العزة ، ٢٠٠١، ٢٩) إلى أن هناك العديد من البحوث والدراسات المتعددة التي أجريت لمعرفة نسبة انتشار الإعاقة العقلية وقد اختلفت نتائج هذه الدراسات من مجتمع لآخر ، كما اختلفت في المجتمع الواحد ويعود سبب اختلاف هذه النسب إلى اختلاف المعايير المستخدمة في تعريف التخلف العقلي وكذلك اختلاف العينات التي أجريت عليها عند الدراسات ولعل منحى التوزيع الطبيعي هو أفضل مقياس يشير إلى نسبة انتشار التخلف العقلي والذي يقدر بـ (٣%) ويشير هذا المنحى إلى ما يلي :-

حوالي ٢٦، ٦٨ % من الناس يقعون بين درجتي الذكاء ٨٥- ١١٥ ويطلق عليهم فئة متوسطي الذكاء.

حوالي ٥٩، ١٣% يقعون بين درجتي ٧٠- ٨٥ درجة وهم دون الوسط ويطلق عليهم *EMR* أي القابلين للتعلم وهم ذوى الإعاقة البسيط.

حوالي ١٤، ٢% من الناس يقعون بين درجتي الذكاء ٧٠- ٥٥ وهم يمثلون درجة التخلف العقلي المتوسط وهو ما يشار إله بالإنجليزية بـ *TMR* القابلية للتعلم.

حوالي ٣% من الناس دون درجة الذكاء ٥٥ وهم يمثلون التخلف العقلي الشديد *SMR* أي الذين بحاجة إلى دور رعاية نهارية أو ليلية ، وتجدر الإشارة بأن نسبة التخلف العقلي المقدرة بـ ٣% هي نسبة نظرية تعتمد على نسبة الذكاء فقط وهى تتجاهل السلوك التكيفي وفي الولايات المتحدة الأمريكية فإن النسبة المساعدة اعتماداً على العدد الحقيقي للأطفال المتخلفين عقلياً في سن المدرسة هي ٣% ، أم نسبتهم في الوطن العربي باعتبار سكانه ٨٠ مليون نسمة فإن نسبة المتخلفين عقلياً هي حوالي ٢ مليون نسمة .

تشخيص التخلف العقلي :

يؤكد (Mangal, 2002,437) على أن عملية تشخيص التخلف العقلي تتطلب معايرين أساسيين هما : الأداء الوظيفي العقلي من خلال تسجيل درجات منخفضة على اختبارات الذكاء القياسية والأداء التكيفي للطفل ، مع عدم القدرة على تلبية متطلبات البيئة فلا يكفي التشخيص بإحداهما دون الآخر فلابد من تلازمهما معاً ، أما المعيار الثالث الذي يمكن تحليله بهدف تشخيص التخلف العقلي هو ظهور الحالة قبل سن الثامنة عشر.

ويوضح (سمير أبو مغلى ، عبد الحافظ سلامة ، ٢٠٠١، ٧١- ٧٣) أنه يجب أن يقوم التشخيص على مجموعة من الأبعاد هي :-

الذكاء : وفيه تحدد نسبة ذكاء الطفل أقل من (٧٠) .

النضج الاجتماعي : وفيه يتميز الطفل بعدم القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره ومشاركة من يعيش معهم في علاقاتهم الاجتماعية.

ملاحظة سلوك الطفل : أن الأسلوب الجديد يتطلب إيداع الطفل في إحدى مدارس التربية الفكرية لملاحظته عن قرب لمدة أسبوعين ، وتسجيل جميع الملاحظات غير العادية ، والاستفسار عنه من الجميع خاصة من الأبوين .

الاعتماد على أكثر من دليل آخر للتأكد من تحديد التخلف العقلي : أقل من العاديين في الناحية الأكاديمية – بدأ تأخره العقلي منذ الولادة في سن مبكرة – يرجع تخلفه العقلي لعوامل تكوينية ، إما وراثية أو بيئية أو نفسية أو اجتماعية – حالته لا تقبل الشفاء ، فسوف يثبت بالدليل القاطع أنها حالة تخلف عقلي .

وتشير (سهير كامل أحمد ، ١٩٩٨ ، ٩٢) إلى أنه يجب الحرص وتوخي الدقة في تشخيص التخلف العقلي لأن الخطأ في تشخيص حالة طفل بأنه متخلف عقلياً يعتبر أمراً يغير مستقبل حياته .

وتؤكد (سهير كامل، ١٩٩٨، ٨٥ ؛ آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٧، ٦٦) على أن فريق التشخيص يجب أن يتضمن الجوانب التالية :

الجوانب الطبية التكوينية : وتشمل جميع البيانات الطبية الوظيفية اللازمة للاستخدام في تقييم الحالة سواء ما يتعلق منها بالطفل ذاته أم بأسرته كالتاريخ الصحي التطوري للحالة والحالة الصحية العامة الراهنة للطفل ومعدلات نموه الجسمي والعصبي والصحي ومدى كفاءة أجهزته العصبية والحركية والغددية بالإضافة إلى اضطرابات الطفل النفسية والسلوكية وأساسها العضوي والبيئي ، بالإضافة إلى التاريخ الصحي للأسرة ومدى انتشار الأمراض الوراثية في العائلة والحالة الصحية الغذائية للأم أثناء فترة الحمل .

الجوانب النفسية الإكلينيكية : وتشمل تحديد نسبة ذكاء الأم وسمات شخصيته ونموه الانفعالي والوجداني ومظاهر السلوك العام ودرجة التوافق النفسي وحصيلته اللغوية وأي مشاكل سلوكية أو انفعالية لدى الطفل.

الجوانب التربوية والتعليمية : وتشمل بيانات من التاريخ التعليمي والمدرسي للحالة والاستعدادات التحصيلية والمقدرة على الإنجاز واستيعاب الدروس في المجالات الأكاديمية والأنشطة غير الأكاديمية والصعوبات التعليمية ومدى الحاجة إلى الرعاية والتعليم العلاجي ، والبرنامج التعليمي الملائم للحالة.

الجوانب الاجتماعية : وتشمل التاريخ التطوري للطفل مع أسرته وجيرانه وأقرانه في المدرسة والمجتمع وسلوكه ومهاراته وعلاقاته الاجتماعية وقدرته على تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية والظروف والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ذات العلاقة بحالة الطفل كالأمراض وأنواع القصور العقلي في الأسرة والمناخ الأسرى الذي يعيش فيه ومدى حاجة الطفل للرعاية والخدمات الاجتماعية.

التخلف العقلي وبعض المتغيرات الأخرى :

- التخلف العقلي والمرض العقلي :

يشير(نادر فهمي الزيود ، ١٩٩٥، ٢٤) إلى أن هناك من يخلط بين التخلف العقلي (*Mental Retardation*) والمرض العقلي أو الجنون (*Mental Illness*) وقد يعتبرونه شيئاً واحداً ، فيُنظر إلى التخلف العقلي على أنه مرض عقلي ، ولكن الواقع غير ذلك ، وإن كان هناك بعض الحالات التي قد يجتمع فيها التخلف العقلي مع المرض العقلي في شخص واحد ، حيث أن التخلف العقلي حالة وليس مرض فالمرض العقلي عبارة عن اختلال في التوازن العقلي ، أما التخلف العقلي فهو عبارة عن نقص في درجة الذكاء وذلك نتيجة توقف النمو في الذكاء بحيث يجعل الفرق بين ناقص الذكاء والشخص العادي فرقاً في درجة الذكاء وليس فرق في النوع وهذا يحدث في الطفولة ولا يحدث في مرحلة النضج ، ولذا فليس هناك علاقة بين التخلف العقلي والمرض العقلي ولا يجوز أن يسمى المرض العقلي بالتخلف العقلي ، فالشخص المريض عقلياً يكون عادى الذكاء وقد يكون عبقرياً وليس ذكياً فقط.

ويوضح (عبد المطلب أمين القريطى ، ١٩٩٦ ،٨٨ – ٨٩) أن المرض العقلي يحدث في أي وقت من مراحل العمر عند الفرد أي من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد ، بينما حالة التخلف العقلي تحدث فقط أثناء فترة الحمل أو أثناء الطفولة كذلك تعود أسباب المرض العقلي إلى ما يتعرض لهُ الفرد من التوتر والضغوط النفسية بينما لا يكون ذلك بالنسبة للتخلف العقلي ، وفيما يخص العلاج قد يستجيب العلاج في المرض العقلي وذلك على شكل تخفيف الأعراض المؤدية لهذا المرض مما يؤدى إلى الشفاء ، بينما في حالة التخلف العقلي لا توجد عقاقير لرفع معدلات الذكاء ، كما يتعذر حدوث التحسن خاصة مع المتخلفين عقلياً درجة بسيطة أو متوسطة الذين تتحسن مستويات أدائهم الوظيفي العقلي عن طريق تعليمهم وتدريبهم وإعدادهم للحياة من خلال برامج الرعاية الشاملة والمتكاملة صحياً ونفسياً واجتماعياً وتربوياً.

- التخلف العقلي وبطيىء التعلم :

هناك تباين في وجهات النظر بين المتخلفين عقلياً وبطيىء التعلم ، فيرى البعض أن المتخلفين عقلياً وبطيىء التعلم هم أفراد ينتمون لفئة الإعاقة العقلية وأن كل منهما يمثل مستوى من مستويات هذا النوع من الإعاقة ، بل أن البعض يرى أنهما مستوى واحد من مستويات الإعاقة العقلية ، على الرغم من اختلاف الأفراد المتخلفين عقلياً عن الأفراد بطيىء التعلم ، ومن منطلق أن الأطفال بطيىء التعلم يتدرجون تحت مظلة الأطفال ذوى الإعاقة النوعية في التعلم ، فمن الممكن تعريفهم على أنهم " الأطفال الذين يعانون من خلل في بعض العمليات النفسية الأساسية المتصلة بالفهم أو استعمال اللغة ، ويظهر ذلك في شكل نقص القدرة على الاستماع أو التفكير أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو الهجاء أو القيام بالعمليات الرياضية "

فالطفل بطيىء التعلم *Slow Learner* يبدو سوياً في مظهره واستجاباته وقدراته الاجتماعية ، وطبيعياً في سلوكه وشخصيته وتنحصر معاناته في الصعوبة البالغة في التعلم واستيعاب مواد الدرس التي تطرح في المناهج الدراسية من حساب وقراءة وكتابة وهجاء وعلوم أساسية أُخرى ، وقدرته ضعيفة على الفهم والحفظ والتذكر ، ولا يوجد مستوى محدد للقدرة بحيث يمكننا أن نعتبر الطفل الذي لا يصل إلى هذا المستوى "بطيىء تعلم" ولكن يمكن اعتبار الأطفال الذين تبلغ نسبة ذكائهم أقل من ٩١ درجة وأكثر من ٧٤ درجة يكون ضمن هذه المجموعة فالفرق بين الأطفال بطيىء التعلم والأطفال الذين يصنفون كمتخلفين عقلياً تخلفاً بسيطاً أو معتدلاً من خلا استخدام معامل الذكاء لتمييزهم.

- التخلف العقلي والتوحد :

يشير (إبراهيم محمود بدر ، ٢٠٠٤، ٤٧- ٤٨) إلى أنه غالباً ما يتواجد مع اضطراب التوحد التخلف العقلي إذ أن حوالي ٤٠% من حالات التوحد تكون مصاحبة بتخلف عقلي من ٥٠%- ٥٥% أو أقل أي تخلف متوسط أو شديد ، بينما ٣٠% من تلك الحالات تكون مصاحبة بتخلف عقلي بسيط من ٥٥%- ٧٠% وفي مثل هذه الحالات المزدوجة من الإعاقة ، فإن المشكلة التي تحد من إمكان الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة هو تعذر أو استحالة تطبيق اختبارات الذكاء على الطفل الذي يعانى من توحد فقط ، أو تخلف عقلي شديد فقط ، أو يعانى من الإعاقتين معاً حيث تصبح عملية القياس الموضوعي شبه مستحيلة .

ويذكر (Sue,et al.1994:502) أن الأطفال التوحديون غالباً ما يُشخصون على أنهم متخلفون عقلياً وغالباً ما تتزامن الاضطرابات وكذلك توجد طرق للتمييز بين الأطفال التوحديون سواء لديهم تخلف عقلي أم لا.

ويوضح (حسن عبد المعطى ، ٢٠٠٣ : ٥٧٠) الجوانب الأساسية بين التوحد والتخلف العقلي هي أن الأطفال المتخلفين عقلياً عادة ما يرتبطون بالراشدين وبالأطفال الآخرين وذلك طبقاً للعمر العقلي وهم يستخدمون اللغة التي يمتلكونها للاتصال مع الآخرين .

تصنيف المعاقين عقلياً :

تؤثر ظاهرة التخلف العقلي تأثيراً بالغاً على الأفراد من قدراتهم واستعدادهم وذلك لاختلاف العوامل الوراثية أو البيئية التي أدت لتلك الظاهرة، فنجد أن ذوى الاحتياجات العقلية (القابلين للتعلم) يختلفون عن ذوى الاحتياجات العقلية القابلين للتدريب من حيث السمات العقلية والانفعالية والاجتماعية ، وقد اختلف العلماء المتخصصين في تصنيف ذوى الاحتياجات العقلية فيميل علماء علم النفس والتربية في تصنيفهم على أساس مدى القصور في الاستعدادات التحصيلية والقدرة على التعلم ، بينما يرى علماء علم الطب أن مصدر العلة أساساً للتصنيف أما علماء علم الاجتماع فقد ذهبوا إلى أن السلوك التكيفي هو أساس التصنيف وهكذا فرضت الضرورة البحثية تصنيف هؤلاء الأطفال إلى فئات حتى يمكن تقسيم كل فئة إلى الخصائص المميزة لها.

تشير (آمال عبد السميع باظة ،٢٠٠٩، ١١-١٣) إلى أن هناك مجموعة من المؤثرات أو العوامل التي يعتمد عليها تصنيف الإعاقة وانتشارها من مجتمع لآخر ، رغم وجود الإعاقة العقلية في جميع المجتمعات النامية والمتقدمة ، ولا يخلو مجتمع منها ولكن تقل أو تزيد نظراً لتلك العوامل :

العوامل أو الظروف الخاصة بالرعاية الصحية والثقافية والاجتماعية ، وذكر (فهمي الزويد) (١٩٨٩) أن نسبة الإعاقة العقلية في السويد (٤ ، ٠%) ، بينما نسبة الإعاقة في الدول العربية (٨ ، ٣ %) ، وفي دول أمريكا اللاتينية حوالي (٣ ، ١١ %) ، ويوضح ذلك تفاوت النسب تبعاً لهذا المعيار.

الاعتماد على الذكاء في تعريف وتصنيف الإعاقة العقلية ، حيث تختلف نسب الذكاء المقاس باختلاف دلالة الدرجة للمقياس وحساب النسب.

الفئات العمرية التي تم حساب نسب انتشار الإعاقة العقلية بينها ، فنجد مصر مثلاً الأطفال والمراهقين حوالي نصف عدد المجتمع ، وحيث ظهور الإعاقة واكتشافها يتم في مرحلة الطفولة ، فيمثل ذلك ارتفاعا في النسب.

السلوك التوافقي ثم التكيفي لدى المعاق عقلياً، يعتمد على السلوك التكيفي كمعيار لقياس القدرات العقلية (الإعاقة العقلية) وتعتبر المعايير الأربع السابقة ليست منفصلة بل متداخلة كمحددات عند إظهار مدى انتشار الإعاقة العقلية.

ويشير(كمال مرسى،٢٠٠٠ ،٢٥) إلى أنه لا يوجد تصنيف واحد للمعاقين عقلياً يتفق عليه المتخصصون في هذا المجال لأن الإعاقة العقلية ليست درجة واحدة أو نمطاً واحداً . كما إن أسبابها كثيرة جداً ، ويقوم الباحث بالتعرض لبعض هذه التصنيفات المختلفة :

أ-التصنيف التربوي للإعاقة العقلية : استند علماء التربية الخاصة في تصنيفهم التربوي للإعاقة العقلية إلى أربعة فئات جاءت على النحو التالي:

جدول رقم (١) :يوضح التصنيف التربوي (التربية الخاصة) لذوى الاحتياجات العقلية.

م	الفئة	نسبة الذكاء تتراوح من
١	**بطئ التعلم** *Slow learner*	٩٠ -٧٥
٢	**القابلون للتعلم** *Educable mentally retarded*	٧٥ -٥٠
٣	**القابلون للتدريب** *Trainable mentally retarded* *T*) (*M R*	٥٠-٣٠

(نادر فهمى الزيود، ١٩٩٥، ١٨).

ب- التصنيف السيكومترى (من وجهة نظر القياس النفسي) للإعاقة العقلية : يعتمد هذا التصنيف في ضوء معيار نسبة الذكاء على مقياس القدرة العقلية لـ (استانفورد بينيه) على ثلاثة فئات جاءت على النحو التالي:

جدول رقم (٢) :

يوضح التصنيف السيكومترى(من وجهة نظر القياس النفسي) لذوى الاحتياجات العقلية.

الفئة	نسبة الذكاء على اختبار ستانفورد بينيه
المأفون	من ٥١-٧٥
المعتوه	من٢٥ فأقل

ج- التصنيف الاجتماعي لذوى الاحتياجات العقلية: يعتمد هذا التصنيف على فكرة التكيف الاجتماعي أو السلوك التكيفي ، وقد صنف حالات التخلف العقلي بما يتفق مع تصنيف الجمعية الأمريكية للمتخلفين عقلياً والذي جاء على النحو التالي :

جدول رقم (٣) :يوضح التصنيف الاجتماعي لذوى الاحتياجات العقلية.

الفئات	درجة التخلف	فئة الانحراف المعياري لنسب الذكاء	نسب الذكاء	
			ستانفورد- بينيه	وكسلر- بلفيو
تخلف عقلي بسيط	١	-٢,٠١ إلى-٣	٥٢-٧٠	٥٥-٧٤
تخلف عقلي متوسط	٢	-٣,٠١ إلى-٤	٣٦-٥١	٤٠-٥٤
تخلف عقلي شديد	٣	-٤,٠١ إلى-٥	٢٠-٣٥	٢٥-٣٩

(يوسف القريوتى، وآخرون،١٩٩٥، ١٠٩).

د- التصنيف التكيفي للإعاقة العقلية :

تشير (آمال عبد السميع باظة، ٢٠٠٩، ١٦) إلى أن الجمعية الأمريكية للمتخلفين عقلياً قدمت هذا التصنيف لاعتراضها على كل من التصنيف السيكومترى والتصنيف الاجتماعي ، واعتبرت أن السلوك التكيفي للطفل هو المعيار الأساسي لتصنيف المعاقين عقلياً ويؤكد سليمان الريحاني (١٩٨٥) على الأسباب التي جعلت من السلوك التكيفي معياراً للحكم على الإعاقة العقلية عند الأطفال وهى :

عدم الاتفاق على تحديد العوامل والأبعاد التي تقيسها اختبارات الذكاء .

لا يوجد اتفاق تام على تعريف مفهوم الذكاء

لا تقيس اختبارات الذكاء الجوانب الوجدانية والاجتماعية.

وجود كثير من العوامل التي توضح الفروق والتباين بين درجات الأفراد على أي اختبار من اختبارات الذكاء مما يطلق عليه خطأ القياس.

التجاوز في تفسير انخفاض أو ارتفاع درجات المعاقين عقلياً على بعض أبعاد اختبارات الذكاء.

هـ- التصنيف الطبي الإكلينيكي لذوى الاحتياجات العقلية : يعتمد هذا التصنيف على المظاهر والملامح البيئية التي تصاحب بعض حالات الإعاقة العقلية والتي جاءت على النحو التالي :

جدول رقم (٤):

يوضح التصنيف الطبي الإكلينيكي لذوى الاحتياجات العقلية.

الفئات	أهم أسبابها
١-المنغولية أو عرض داون *Mongolian Or/Dawn`s syndrome*	تشير الدراسات إلى أن أسباب حالة المنغولية يحتمل أن تكون اضطراب الإفرازات الداخلية لدم الأم في بداية الحمل واضطراب أو نقص هرمونات الغدد الصماء وكبر سن الأم عند الحمل (أكثر من ٤٠ سنة) (وخاصة إذا كان الحمل الأول). ولشذوذ توزيع الكروموزومات في شكل وجود كروموزوم جنسي زائد نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة.
٢-القزم *Cretins*	ترجع أسباب القماءة أو القصاع إلى نقص هرمون الغدة الدرقية منذ المرحلة الجنينية وتتحسن حالتهم الجسمية ونموهم و درجة ذكاءهم إذا عولجوا مبكراً خلال السنة الأولى.
٣-صغر الجمجمة *Microcephalies*	ترجع أسباب هذه الحالة إلى إصابة الجنين في الشهور الأولى نتيجة علاج الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربية، وحدوث عدوى أثناء فترة الحمل أو وجود موروث (جين) متنحى مسئول عن الحالة، أو التحام عظم الجمجمة مبكراً بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نمواً طبيعياً.

٤-كبر الجمجمة *Macrocephalies*	ومن أسباب هذه الحالة وجود عيب في المخ عن طريق الوراثة(الجينات) أدى إلى نمو شاذ في أنسجة المخ وفي الجمجمة، ويلاحظ في هذه الحالة بالذات إن نمو حجم الدماغ لا يعنى بالضرورة وجود التخلف العقلي لأن حدوث التخلف العقلي يتوقف على مدى التلف الذي أصاب المخ.
٥-حالات عامل الريزيسى في الدم *R.H. Factor*	تنشأ هذه الحالة عن اختلاف دم الزوجين فإذا كانت الأم R - H أي لا يوجد بها هذا العامل، والأب + R H أي يوجد لديه هذا العامل و ورث الجنين من أبيه نوع دمه +RH حدث هذا الاضطراب مما يؤثر سلبياً على خلايا المخ و وظائفه.

(سهير كامل احمد،١٩٩٨، ٨٧-٩١).

أسباب الإعاقة العقلية :

ترجع أسباب الإعاقة العقلية إلى عوامل عديدة منها ما يختص بأثر كل من الوراثة والبيئة ومنها ما هو غير معروف حتى الآن ويمكن الإيجاز على النحو التالي:

أولاً:العوامل الوراثية : تتمثل وراثة التخلف العقلي في الأمراض والاضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجين من والديه أو أحدهما فتسبب تلفيات الدماغ وتعيب جهازه العصبي وتعوق نموه وتطوره .

(عبد العظيم شحاتة، ١٩٩٣، ٢٧) .

ويشير (محمد مقداد وآخرون ، ٢٠٠٨ ، ١٩٩) إلى أن بعض العلماء المشتغلين في مجال علم النفس والتربية يرجعون كل الأسباب التي لا يعرفونها عن التخلف العقلي إلى عامل الوراثة ، مما أدى إلى التأكيد على أهمية هذا العامل الوراثي.

ويوضح (عبد المجيد عبد الرحيم ١٩٩٧ ، ١١٣) أن الدراسات التي أجريت على أطفال تتراوح أعمارهم مابين ٥- ١٥ سنة أثبتت أن ٢١% من الحالات تعانى من ضمور في خلايا المخ وصغر حجم الرأس عن المألوف وكذلك ٢١% من الحالات أيضاً تعانى من العاهات علاوة على تشوهات أخرى في أجزاء من الجسم.

ويضيف (كمال مرسى ، ١٩٩٧، ١١٦) أن وراثة التخلف العقلي تعنى إما أن يكون الطفل قد ورث التخلف العقلي من والديه أو من أجداده ، أو قد يكون ورث خاصية مرضية بيوكيميائية تتلف خلايا دماغه وجهازه العصبي وتؤدى إلى تخلفه العقلي.

وتنقسم العوامل الوراثية إلى :-

العوامل الوراثية المباشرة :

حيث تحدث الإعاقة العقلية نتيجة لبعض العيوب المخية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه ، تحمل الصفات الوراثية للفرد ، وهذا يعنى أن أحد الوالدين معاق عقلياً دون أن يتصف بها ولا يظهر أثر لهذا الجين المتنحى إلا عند توافر شروط معينة.

العوامل الوراثية غير المباشرة : قد يرث الجين صفات تؤدى إلى اضطرابات أو عيوب في تكوين المخ فيكون الذي انتقل وراثياً في هذه الحالة هو الاضطراب أو الخلل التكويني الذي يؤدى إلى الإعاقة العقلية ، ومن أمثلة هذه الاضطرابات :

اضطرابات الكروموزمات : وتحدث اضطرابات أثناء عملية تكوين وانقسام الخلايا ينتج عنه تغير في توزيع الكروموزمات ويكون هذا التغير في شكل وجود كروموزوم زائد في الخلية يؤدى إلى عيب في تكوين المخ فتحدث الإعاقة العقلية التي يطلق عليها الخلل الكروموزومى.

اضطراب التمثيل الغذائي : تحدث أثناء عمليتي الهدم والبناء نتيجة لطفرة غير عادية للجينات تؤدى إلى اختفاء نشاط إنزيم معين أو انعدام وجود هذا الإنزيم ويترتب على ذلك تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء مثل الاضطرابات في تمثيل البروتين والاضطرابات في تمثيل الكربوهيدرات والاضطرابات في تمثيل الدهون.

اضطرابات في تكين خلايا الدم : تحدث الاضطرابات في تكين خلايا الدم عندما تختلف مكونات دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل تحدث الاضطرابات في تكين خلايا الدم عندما تختلف مكونات دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل RH ، وهذا العامل هو أحد مكونات الدم وعندما يختلف دم الزوجين من حيث هذا العامل ويرث الجنين دم أبيه فيختلف بذلك دم الجنين عن دم الأم.

وتعتبر العوامل الوراثية من أهم العوامل المسئولة عن الإعاقة العقلية بالأطفال ذوى الأمهات أو الآباء المتخلفين عقلياً يولدوا متخلفين عقلياً ويظهر ذلك في زواج الأقارب أكثر . ومن الأمثلة التي توضح أثر العوامل الوراثية المنغوليين والقصاع (القزم) وكبر الدماغ . ويتعاون مع الجين الوراثي المنقول من الأجيال السابقة البيئة بأفرادها المتخلفين عقلياً أيضاً فلو أن الأب أو الأم يعانى من قصور عقلي أصبحت بيئة الطفل لا تساعد على التنمية العقلية . (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٩، ٢١).

ثانياً: العوامل البيئية :

ويقصد بالعوامل البيئية أو المتغيرات التي لا دخل للجينات الوراثية فيها وترجع إلى عملية الولادة أو التعرض للإصابات والرضوض والعدوى والأمراض الفيروسية وغيرها ومنها الولادة المتعسرة أو المبتسرة ونقص الأكسجين أثناء الولادة للطفل أو الضغط على رأس الطفل والتأثير على خلايا الدماغ . (آمال عبد السميع باظه ،٢٠٠٩، ٢١).

يتعرض بعض الأطفال قبل وأثناء وبعد الولادة للأمراض وحوادث خلايا أدمغتهم وأجهزتـهم العصبية وتسبب تخلفهم العقلي ، وهى :

عوامل ما قبل الولادة : تحدث في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل وذلك لنمو الجهاز العصبي للجنين في هذه الفترة فقد يتعرض للإصابة بأمراض معدية تصاب بها الأم وتنتقل إلى الجنين مثل :

مرض الحصبة الألمانية . ٢. مرض الزهرى .

٣. مرض تسمم البلازما . ٤. مرض حمى الصفراء .

٥. تعرض الأم للإشعاعات . ٦. اضطرابات الغدد الصماء .

(كمال مرسى ، ١٩٩٧، ١٥٣).

عوامل أثناء الولادة : تعتبر الولادة مرحلة من مراحل حياة الطفل تتأثر بالمرحلة التي قبلها وتترك بصماتها على الطفل في مراحل حياته التالية ، فإذا تمت الولادة طبيعياً ومرت بسلام دون مشاكل كانت بداية طيبة للطفل في حياته.

وهذا بالإضافة إلى الولادات المبكرة واستعمال الأجهزة والآلات في عمليات التوليد في حالات عسر الولادة ويؤدى ذلك إلى إصابة مخ الجنين فيحدث للوليد نزيف أو تلف جزء من المخ .(عبد المجيد عبد الرحيم ، ١٩٩٧ ،١٣٤).

وتضيف (أحلام رجب عبد الغفار ،٢٠٠٣ ، ١٩) إلى أنه يمكن تحديد الأسباب المؤدية إلى التخلف العقلي أثناء الولادة :

-الحمل الخطر

-عدم اكتمال الحمل

-الإصابة البدنية أثناء الحمل

-الاختناق أثناء الحمل

-تشنجات الأطفال نتيجة اختلال الأوكسجين

-نقص السكر في الدم

-العدوى التي يتعرض لها الجنين تؤدى إلى تلف الجهاز العصبي

عوامل ما بعد الولادة : قد يولد الطفل ولادة طبيعية صحيح البنية كامل النمو ومع هذا يكون عرضة للإصابة بالتخلف العقلي ، إذا تعرض لمرض أو حادثة تؤذى دماغه وجهازه العصبي ، خاصة في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة. (كمال مرسى ،١٩٩٧، ١٥٩).

وقد يصاب الطفل بالإعاقة العقلية بعد مولده بسبب تعرضه لبعض الحوادث أو الأمراض ذات الأثر المتلف لخلايا المخ أو إصابة الجهاز العصبي المركزي للطفل (علا عبد الباقي، ١٩٩٣).

ويوضح(عبد العظيم شحاتة مرسى ،١٩٩٠ ،٢٧) إلى أنه قد أبرزت الدراسات والبحوث المختلفة على وجود وجهات نظر متعددة بين العلماء، وخاصة عند تحديدهم للعوامل المسببة لحالات الإعاقة العقلية ، فذكر (يانت) *Yant* أن هناك أكثر من مائة عامل ذكرت فيما كُتب عن العوامل المؤدية للإعاقة العقلية ، إلا أن كثيراً منها نادر الحدوث.

وقد أرجع العلماء معظم حالات الإعاقة العقلية إلى أسباب وراثية (داخلية المنشأ) أو بيئية (خارجية المنشأ)، وقد تحدث الأسباب قبل وأثناء أو بعد الولادة ، هذا بالإضافة إلى وجود بعض العوامل النفسية المساعدة على حدوث الإعاقة العقلية،

ويشير (عبد المطلب أمين القريطى ،٢٠٠٥، ٩٩) إلى الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية إذ يمكن أن تكون تحت ست فئات وهى:

١-أسباب تتعلق بنواة البلازما.

٢-أسباب مرتبطة بمرحلة تخصيب البويضة .

٣-أسباب ترتبط بزراعة الجنين .

٤-أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين الأولى.

٥-أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين اللاحقة .

٦-أسباب تتعلق بمرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة .

ثالثاً : العوامل الاجتماعية النفسية :

يشير (عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٤، ١١٤) إلى أن هناك العديد من العوامل التي تتضمنها البيئة الاجتماعية التي يشب الفرد فيها تترك آثاراً سلبية عالية ومن هذه العوامل الحرمان الاجتماعي والنفسي الشديد في الطفولة المبكرة ، والعزلة الاجتماعية وقلة الاتصال بالآخرين أو التواصل معهم ، وعدم توافر فرص التعليم والحرمان الثقافي والفقر وسوء أو تدنى الحالة الاقتصادية مع كبر حجم الأسرة وسوء التغذية على سبيل المثال ، وتعد هذه العوامل كلها بمثابة مثيرات لا تؤدى بالفرد إلى النضج العقلي والنفسي والاجتماعي والانفعالي ، حيث تؤدى به إلى ما يعرف بالجوع العقلي الذي يؤثر سلباً على مستوى ذكائه وإدراكه ومداركه وعلى مستوى قيامه بالعمليات العقلية بوجه عام إذ يحد كثيراً من نموه العقلي.

ويشير *Colleen & Edward (1995)* لأسباب الإعاقة العقلية النفسية والاجتماعية بأن الكثير من الأطفال المعاقين عقلياً يأتي من بيئات غير متكاملة اقتصادياً وهؤلاء الأطفال الذين ينشئون في مثل هذه البيئات يفتقدون الخبرات الملائمة للنمو العقلي المعرفي ، ونقص الدافعية والاضطراب النفسي في الطفولة المبكرة ، والعزلة الاجتماعية ، وضعف الاتصال بالآخرين والحرمان الثقافي. (*Colleen&Edward 1995,307*).

خصائص الأطفال المعاقين عقلياً :

من الصعب أن نصل إلى خصائص مميزة تتصف بالدقة لذوى الإعاقة العقلية وذلك لوجود الكثير من الفروق الفردية بينهم من حيث مدى الإعاقة أم من حيث مصدر الإصابة بالإعاقة وذلك لارتباط السمات العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية بهما . ومن ثم فقد قسم علماء النفس والتربية صفات المعاقين عقلياً على أساس مدى الإعاقة إلى قابلين للتعلم وقابلين للتدريب واعتماديين فقط .

أولاً الخصائص الجسمية :

تؤكد (علا عبد الباقي ،١٩٩٣) أنه على الرغم من تشابه هذه الفئة في الخصائص الجسمية مع الأطفال العاديين إلا إن هذه المظاهر النمائية تكون متأخرة عند المتخلفين عقلياً، حيث يتأخر الطفل في الجلوس والحبو والوقوف والمشي، كما يتأخر في المهارات الحركية كالقدرة على الجري والقفز التي تكون أقل من العادي ، ويحتاج الطفل إلى تدريبات لتنمية التوازن الحركي والقدرة الحركية بصفة عامة.

ويشير (محمد هندي ، ٢٠٠٢ ،١٠٢) إلى أن الطفل المتخلف عقلياً يتسم بقصور في الإحساس اللمسى وأقل إحساساً بالألم من العاديين ، وكذلك لديه قصور في حاستي السمع والبصر ، وطول النظر وعمى الألوان تكثر بينهم.

وتوضح (زينب شقير ، ٢٠٠٠ ، ١٢٤) عدة خصائص جسمية للمعاقين عقلياً هي :

-أقل وزناً واصغر حجماً

-أميل إلى القصر من الأطفال العاديين

-تأخر في النمو العام

-صعوبة المحافظة على نفسه وعلى حياته

-تكاد تنعدم حاستي الشم والتذوق

-اضطراب حاستي السمع والكلام

-زيادة نسب أمراض الكلام

-تأخر المشي وضبط الإخراج .

ويشير هاوكنز *Hawkins (1994)* إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً قد تكون أوزانهم وأطوالهم أقل من المتوسط ، ولديهم تأخر في مجالات نمو المهارات الحركية مثل شكل الجسم والتحكم في حركاته إذا ما قورنوا بالأطفال العاديين (Hawkins,1994,15).

ويؤكد(كمال إبراهيم مرسى ،١٩٩٦، ٢٧٧) إن كثيراً من الباحثين أشاروا إلى وجود كثير من الاضطرابات السمعية والبصرية لدى المتخلفين عقلياً أكثر مما يوجد لدى العاديين ، فقد قدرت نسبة القصور السمعي مابين ١٣ -١٤ % لدى المتخلفين عقلياً، وبالنسبة للقصور البصري فقد وجد أن نسبة الإصابات البصرية تصل إلى ٤٠% ومنها قصر البصر وطول البصر وحالات الحول وعمى الألوان .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٩ ، ٢٣) إلى أن الطفل المعاق عقلياً يتأخر في نموه العقلي ونشاطه الجسمي عنه لدى الطفل العادي ، وتوجد إعاقات مصاحبة للإعاقة العقلية مثل عدم التآزر الحسي الحركي العصبي ، ومعظم حركات الطفل المعاق غير هادفة .

ثانياً: الخصائص العقلية المعرفية :

تعتبر الخصائص العقلية من أهم الصفات التي تميز الطفل العادي ، فمعدل النمو العقلي للطفل المتخلف عقلياً يكون أقل من معدل النمو العقلي للطفل العادي ويتراوح عمره العقلي مهما بلغ به السن مابين (٧ – ١١) سنة.

ويشير (محمد مقدار وآخرون ، ٢٠٠٨، ٢١١) إلى أن الطفل السوي ينمو سنة عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره ، أما الطفل المتخلف عقلياً فإنه ينمو ٩ شهور عقلية في كل سنة زمنية ، وان نسبة ذكاء المتخلف عقلياً تقل عن ٧٥.

تشير(آمال عبد السميع باظه ،٢٠٠٩، ٢٤) أنه من محددات وتعريف الطفل المعاق انخفاض نسبة ذكائه فلا يزيد عن (٧٠) وكذلك تتراجع مستوى العمليات العقلية لديه عما لدى الطفل العادي من حيث التذكر والتخيل والتفكير والفهم والإدراك . فتضعف القدرة على تركيز الانتباه والتذكر ولا يستطيع التفكير المجرد بل يقف عند التفكير الحسي فقط . وتقل دافعية الإنجاز والأداء لديهم بدرجة ملحوظة عما هو لدى الأطفال العاديين.

ومن الخصائص المعرفية التي تُميز المتخلفون عقلياً :-

الإدراك : يتميز المتخلفون عقلياً بضعف الإدراك ، وذلك رغماً عن أن حواس المتخلف عقلياً قد تكون سليمة إلا أن المدركات التي تستغلها هذه الخواص تبقى في مستوى أقل سمواً أو ارتفاعاً عن الإحساسات المجردة ، أنهم يعجزون عن تمييز الألوان والأحجام رغم سلامة عملية الإبصار لديهم ويرجع ذلك لقصور قدراتهم العقلية.

ضعف القدرة على الانتباه والتذكر : فهم يعانون من قصور في القدرة على التذكر والانتباه فقد يصعب عليهم الانتباه لموضوع معين فترة طويلة من الزمن . بل سرعان ما يشرد بال الواحد منهم ولهذا السبب لا يستطيع المتخلف عقلياً فهم المواقف التي تتطلب المتابعة والتركيز.

الميل نحو تبسيط المفاهيم وعدم القدرة على التقييم : فهم يجدون مشقة بالغة في التفكير الاستدلالي والتعبير اللفظي عن رغباتهم ونشاطهم وذلك لأن هذه القدرات أكثر تشبعاً بالذكاء ، هذا بالإضافة إلى أنهم يوصفون بعدم قدرتهم على التفكير المجرد وبالتالي عدم قدرتهم على التقييم ، حيث أنهم قادرون على الاستجابة للمثيرات الحسية الملموسة.

التأخر العقلي : فهم يعانون من تأخر في الكلام وتزداد لديهم عيوب وأمراض الكلام.

الابتكار والتخيل : فمن خلال الملاحظات الإكلينيكية أن المتخلفين عقلياً يمكنهم الرسم الإبتكاري أو النحت أو الأداء الموسيقى ، ومن الدراسات القليلة التي أجريت في هذا المجال دراسة حمدي المليجى (١٩٨١) حيث أثبتت الدراسة أن التدعيم له أثر في تحسين الأداء الإبتكارى عند الأطفال المتخلفين عقلياً على اختبارات(تورانس) للتفكير الإبتكارى.

ويؤكد (فاروق محمد صادق ،١٩٨٢) على أن الأطفال المتخلفين عقلياً تقع نسبة ذكائهم عند ٧٥% فأقل أي أن القدرة العقلية للمتخلف عقلياً تبلغ ثلاث أرباع القدرة العقلية للفرد السوي المناظر له في العمر الزمني أو أقل من ذلك سواء كان الاختبار المستخدم اختبارا لفظياً أو غير لفظياً ، فمن المعروف أن الطفل السوي ينمو سنة عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره ، أما الطفل المتخلف عقلياً ينمو ٩ شهور عقلية أو أقل في كل سنة زمنية ، وهذا هو السبب في زيادة التباين بين الأعمار العقلية بين السوي والمتخلف عقلياً.

ثالثاً الخصائص الانفعالية :

يتميز الأطفال المعاقين عقلياً بمجموعة من الخصائص الانفعالية وأهمها:

عدم الثبات الانفعالي : عادة ما يُظهر الأطفال المعاقين عقلياً انفعالات غير ثابتة ومضطربة ومتغيرة من وقت لآخر ، فهم يميلون إلى التبلد الانفعالي واللامبالاة . (عبد المطلب أمين القريطى ،٢٠٠٥، ٢٢٣)

اضطراب مفهوم الذات : فمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال سيء لأنهم يتعرضون لخبرات الفشل والإحباط في البيت والمدرسة أكثر من العاديين (كمال إبراهيم مرسى ،٢٠٠٠، ٢٨٩)

الانسحاب : يلاحظ على الطفل المتخلف عقلياً ميله إلى مشاركة الأطفال الأصغر منه سناً في أنشطتهم وألعابهم ، ويغلب عليه العزلة والانسحاب من الجماعة (علا عبد الباقي إبراهيم ،٢٠٠٠ ،٩٠)

السلوك العدواني : تبرز أشكال السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقلياً في عدم الطاعة ، والهجوم البدني ، والعدوان اللفظي ، وتدمير الممتلكات وإعاقة الآخرين ،(سها احمد أمين ،١٩٩٩، ٦١-٦٤).

ويشير (محمد محروس الشناوي ، ١٩٩٧، ٣٠٣- ٣٠٤) إلى الخصائص الانفعالية ؛ فنجدهم يتسمون بعدم الاتزان الانفعالي وعدم الاستقرار أو الهدوء كما يتميزون بسرعة التأثر أحياناً وببطء الانفعال أحياناً أخرى ، أما ردود الفعل العاطفية والانفعالية عندهم فهي أقرب إلى المستوى البدائي ، وهم أيضاً أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط ، كما يتميزون بعدم اكتمال نمو الانفعالات وتهدئتها بصفة عامة ولديهم توقعاً معمماً عالياً للفشل بالإضافة إلى أنهم يستخدمون قدراً كبيراً من الطرق في سلوك التجنب ومع تكرار الفشل في المهام المفروضة اجتماعياً فإن الطفل يتجه إلى عدم الاشتراك في المهام وتقليل الإحساس بالفشل من خلال عدم التنافس ، ويلاحظ أن هذه السلوكيات الخاصة التي تعبر عن التجنب تعد ضرباً من ضروب الإعاقة للنمو المعرفي.

رابعاً الخصائص الاجتماعية :

نظراً للتأخر اللغوي والجسمي فإن الطفل المعاق عقلياً لا يستطيع التواصل الطبيعي مع المحيطين به وذلك لعدم قدرته على ضبط انفعالاته والتعبير عنها لفظياً ويلجأ إلى الحركات التكرارية والحركات الزائدة ولا يستطيع إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين ويميل إلى التعبير عدوانياً .ويشارك الأصغر سناً في اللعب أو يميل إلى الانعزال والانطواء وسريع الغضب وسريع الاستثارة، والتغير من حالة وجدانية لأخرى بسهولة لتقبله الأفكار بدون وعى كافي. (آمال عبد السلام باظه ،٢٠٠٩، ٢٣).

ويشير (سعيد حسنى العزة ،٢٠٠١، ٨٩- ٩٠) إلى أن القدرات العقلية المحدودة للطفل المتخلف عقلياً تؤدى به إلى قصور في قدرته على التكيف الاجتماعي وتجعله أقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية كما قد تدفع به إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميز للأطفال المتخلفين عقلياً ما يلي :

قصور في الكفاءة الاجتماعية .

عجز في التكيف مع تلك البيئة التي يعيشون فيها .

صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين .

قصور في القدرة على التواصل .

تدنى مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي .

عدم القدرة للمبادرة بالحديث مع الآخرين .

قصور في المهارات الاجتماعية .

صعوبة تكوين علاقات وصداقات مع الآخرين .

صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم .

لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم في مثل عمرهم .

الميل إلى المشاركة مع من يصغرونهم سناً في أي ممارسات اجتماعية .

صعوبة الحفاظ على تلك العلاقات التي تكون قد تكونت لأي سبب .

عدم القدرة على فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية .

قصور في مهارات العناية بالذات .

قصور في المهارات اللازمة لأداء أنشطة الحياة اليومية .

خامساً الخصائص اللغوية :

تعتبر اللغة وسيلة هامة من وسائل التواصل والتفاعل المعرفي والاجتماعي والوجداني بين الأفراد والجماعات ومن أهم ما يميز به النمو اللغوي للأطفال المعاقين عقلياً :

-الصعوبة في إخراج الأصوات وتقليد المحيطين به .

-فقر الحصيلة اللغوية للكلمات والمعاني وتكرارها .

-ضعف تركيب الجمل واستخدامها والتأخر في التعبيرات الانفعالية والوصفية .

-الضعف في استعمال الضمائر في المحادثة .

-عدم القدرة على التعبير والمشاعر والرغبات والأفكار .

-البطء في التقدم اللفظي مقارنة بالعاديين .

(آمال عبد السميع باظة ،٢٠٠٩، ٢٢) .

ويشير توماس Thomas(١٩٩٤) إلى أنه يمكن تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم من خلال برنامج تدريبي يعتمد على النماذج البيئية المحسوسة .(Thomas: 1994,pp 615 – 660).

وأشارت دراسة اكسروميرتيو Xeromerituo **(١٩٩٢) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً لديهم قصور واضح في المهارات اللغوية مقارنة بالأطفال العاديين وأظهرت الدراسة تأخر المتخلفين عقلياً في التعبيرات الوجهية والانفعالية وفي إنتاج الكلمات الوصفية والنعتية** . (xeromeritou: 1992,pp 571 – 584)

وتشير فوزية دياب (١٩٩٥، ٧٧- ٨٦) : إلى أن اكتساب الطفل للمهارات اللغوية يساعده على ممارسة الخبرات الحسية والحركية ، وإذا زادت هذه الحصيلة يبدأ الطفل في طرح الأسئلة والاستفسار والفهم والاستطلاع عن الأشياء الغريبة ويظهر في نشاطه تشوقاً كبيراً وحاجة شديدة إلى أن يكرر خبراته ويعيدها ويزيدها وكل هذا يمكنه من اكتساب أقوى للمهارات اللغوية .

الفصل الثاني : التوحــد.

مقدمة :

يعتبر ليوكانر *Leokanner*,1935 أول من تعرض لإعاقة التوحد (الطفل الأوتيزمى) كإعاقة مستقلة ذات أعراض مختلفة عما هي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً كما أنه ميز بينها وبين فصام الطفولة وعرفت في وقتها بأعراض الطفل التوحدى أو الأوتيزمى حيث لاحظ على هؤلاء الأطفال التوحديون استغراقهم المستمر في الانغلاق الكامل على الذات والتفكير الإجترارى النمطي الذي تحكمه الحاجة الذاتية والاهتمامات الجزئية بعيداً عن الواقعية ، وعن كل من حولهم من الأفراد والمثيرات التي قد يستجيبوا لها من ظواهر وأحداث صغيرة للبيئة بطريقة يتشابهون فيها مع المعاقين سمعياً . ويفشلون في تكوين علاقات اجتماعية وإقامة تواصل مع الآخرين .

ويعتبر اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية المنتشرة صعوبة وشدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعانى منها وقابلته للتعلم أو التنشئة الاجتماعية *Socializayion* أو التدريب على الإعداد المهني أو تحقيق أي قدر على العمل ، أو درجة ولو بسيطة من الاستقلال *Independent* الاجتماعي*Social* والاقتصادي *Economic* أو القدرة على حماية الذات ،إلا بدرجة محدودة وبالنسبة لعدد محدود من الأطفال (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠١).

ويطلق (عبد المنعم الحفني ، ١٩٧٨) : على الذاتوية " إعاقة التوحد " مصطلح الانشغال بالذات ليصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي والانشغال بالذات-من وجهة نظره - هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة فيفكر الجائع في الطعام والمسافر في الماء ويخيل أنه يرى نبعاً عن بعد ويستعيد العجوز أيام الصبا ويجترها.

إلا أنه بدأ ينظر لهذه الفئة كفئة يطلق عليها الأوتيزم أو التوحد في الستينات من القرن الماضي مع التشابه في ذلك الوقت بين فصام الطفولة والتوحد حتى الثمانينات وذلك بعد صدور الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية والعلية *DSM* الثاني.

وقد بدأ الاعتراف بالأوتيزم كاضطراب مستقل وليس نوع من الفصام الطفولي أو ذهان الطفولة المبكر حيث كان هناك خلط بين هذه الاضطرابات العقلية منذ عام ١٩٧٨ مع نشر الدليل الدولي التاسع تحت عنوان الأوتيزم الطفولي *Infantile Autism* إضافة إلى هذا يوجد فرق بين زملة أعراض الاوتيزم وزملة أعراض الفصام في الطفولة حيث يتسم الأول بالدلالات الكلينيكية التالية : فالطفل الأوتيسى عاجز عن التفاعل مع الآخرين مما يجعل أبويه يصفونه بأنه مستقل وغير معتمد على الآخرين ، وأنه يفضل الوحدة ولا يشعر بوجود الآخرين وأنه يدرك الآخرين وكأنهم جوامد.

وبالرغم من أن هؤلاء الأطفال يرتبطون بالموضوعات والأشياء الكثر من ارتباطهم وتفاعلهم مع الناس فإن مشكلاتهم ليست في حاجاتهم للوعي (أو نقصان الوعي عندهم) لأنهم على دراية ووعى بالآخرين ووجودهم ولكنهم محدودين في تفاعلهم معهم وقد لاحظ (ليوكانز) أنه على الرغم من رغباتهم في البقاء وحيدين ونمطيتهم وتفضيلهم اللعب بالشيء نفسه إلا أنهم يتقبلون عدداً محدوداً من الناس يمكن أن يخرجهم من العزلة وان هذه الاجتماعية تزداد مع تقدمهم في العمر

ويندرج التوحد كفئة مستقلة في كل من الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث المعدل (١٩٨٧) ضمن فئة واسعة للاضطرابات السلوكية الناتجة عن اضطرابات انفعالية وسوء التوافق الاجتماعي وذلك مع التشابه في اضطرابات اللغة وبروفيل الشخصية وعدم التمييز المعرفي الناتج عن اضطراب الإدراك وصعوبة التفاعل الاجتماعي وفي الدليل الرابع (*DSM-IV*) (١٩٩٤) ورد ضمن الاضطرابات النمائية المنتشرة وغير المحددة وليس ضمن الاضطرابات الانفعالية الوجدانية.

(١) تعريف التوحد :

اختلف الباحثون في استخدام مصطلح واحد للتعبير عن اضطراب التوحد فالبعض يطلق عليه (التوحد) ، والبعض يسميه (أوتيزم) وآخرون يسمونه الذاتوية (الذاتوية الطفلية) ويرجع هذا الاختلاف إلى عدم الاتفاق في ترجمة المصطلحات الأجنبية التي تعبر عن الاضطرابات النمائية التي تصيب الطفل في مراحله العمرية المبكرة والتي تختلف كثيراً عن الإعاقة الذهنية المعروفة وأن المصطلح الأجنبي المعبر عن أعراض ومظاهر الاضطراب (أوتيزم) كان من الممكن أن يظل كما هو بلا ترجمة شأنه شأن مرض الهستيريا أو مصطلح (*Hysteria*) حيث شاع استخدامه كما هو ، وظل للآن يعبر عن زملة من الأعراض المرضية النفسية والحركية ، واتفق عليها الجميع

إلا أن الأمر قد اختلف عند تناول هذا الاضطراب النمائي الطفولى ، حيث بدا لبعض الباحثين أنه نوع من انشغال الطفل بذاته فسماه (الذاتوية الطفلية) وبدا للبعض الآخر أنه اجترار لأنماط سلوكية خاصة بالطفل وحده فسموه (توحد) أو "الاجترارية" أو" التكرارية" (علا عبد الباقي إبراهيم ، ٢٠١١ : ص ١١).

وهو مصطلح يطلق على أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشامل التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة وبالتالي في نمو القدرة على التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي ، ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية انطوائية وانغلاق على الذات مع جمود عاطفي وانفعالي ، ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماماً عن العمل كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال أية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه أو أحاسيسه وأصبح الطفل يعيش منغلقاً على ذاته في عالمه الخاص فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطية عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغير أو ضغوط خارجية لإخراجه من عاله الخاص

وتشير (كرستين نصار ، جانيت يونس ، ٢٠٠٩ ، ص ٢٠) إلى أن التوحد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية *DSM IV* هو اضطراب يغزو النمو ويؤدى إلى انفصال مرضى عن الواقع يتزامن مع انطواء على الذات ، ولكن وجود عدد من المتوحدين يملكون حياة اجتماعية شبه عادية أدى لنشوء مفهوم يأخذ مؤشرات أخرى غير المؤشر الطبي بالاعتبار ويشمل تعبير يغزو النمو" (زملة اسيرجر *Syndrome d,Asperger* ، وزملة رت *Syndrom de Ret* ، واضطراب التفكك في الطفولة *disintegrative de L, enface Le trouble* واضطراب النمو غير المحدد).

ويعتبر التوحد من أكثر الاضطرابات انتشارًا ، ويتميز بوجود تأخر حاد في مجالات النمو المختلفة مثل التفاعل الاجتماعي ، ومهارات التواصل وصعوبات اللغة ، وضعف الاهتمامات والأنشطة ، بالإضافة إلى وجود بعض الاضطرابات السلوكية مثل الحركات النمطية والعدوانية وإيذاء الذات . علاوة على ذلك فقد أوضح الكثير من الباحثين أن التأخر في النمو وسوء التوافق الاجتماعي يعتبر أكبر مشكلة تواجه الطفل التوحدى (*Nikopoulos,C.,and Keenan, M.,2003,p.87*).

وتشير الجمعية الأمريكية للتوحد في تعريفها للتوحد أنه نوع من الاضطرابات التطورية التي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتيجة لاضطرابات نيورولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظي أو غير لفظي ، وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائماً للأشياء أكثر من الاستجابة للأشخاص ، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أى تغيير يحدث في بيئتهم ودائماً يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة.

يتضمن تعريف الجمعية الوطنية في المملكة المتحدة للأطفال التوحديين خصائص وصفات الفرد التوحدى بالأعراض التالية :-

-اضطراب في سرعة النمو ومراحله.

-اضطراب في الكلام واللغة والتمييز المعرفي .

-اضطراب بل وعجز في الاستجابة للمثيرات الحسية .

-اضطراب في التعلق المناسب بالأشخاص والأحداث والموضوعات .

وقد قدم محمود حمودة (١٩٩١) ملامح صورة كلينيكية للطفل التوحدى من ثلاث مكونات تصور الاختلالات التي تصف الطفل المصاب بـهذا الاضطراب:

النمطية اللفظية Verbal Stereo Types.

الاختلال في النشاط التخيلي.

الاختلال في التواصل مع الآخرين.

أولاً : النمطية اللفظية (VST) :

وتشتمل على تكرار الكلمات أو الجمل دون اعتبار للمعنى ، وأحياناً يكون التكرار للتذكر قصير الأمد وتكرار الكلمات وأشباه الجمل لديه تتكرر مرات عديدة بدون المواقف الاجتماعية المناسبة لها.

ثانياً : الاختلال في النشاط التخيلي :

ويشتمل على غياب استخدام الرموز والإشارات أو اللعب الخيالي مثل اللعب بالأدوات والدمى وغياب لعب أدوار الكبار (اللعب الاجتماعي) ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام والاهتمامات البيئية ومقاومة التغيير في البيئة ، ويؤدى بعض السلوكيات الآلية النمطية مثل التصفيق بالأيدي أو اللعب ببعض الورق والخيوط دون إبداع لفترات طويلة ، وحركة الجسم بطريقة روتينية ، وكذلك الانبهار من الأجسام المتحركة ، ويعطى اهتماماً أحياناً لأجزاء من جسمه .

ثالثاً : الاختلال في التواصل مع الآخرين :

ويشتمل على المهارات اللفظية وغير اللفظية كالإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه . وقد تغيب اللغة كلية ، وقد يوجد بدايات لغة خاطئة دون معنى ونضج فالبعض منهم يردد أحياناً كلام غير مفهوم وركيك ، مع ترديد بعض الكلمات مباشرة أو مع إرجائها غير موقعها المناسب واستعمال الضمائر الخاطئة فلا يوجد فرق بين استعمال أنت أو أنا أو هو ، وعدم القدرة على تسمية الأشياء أو استعمال المصطلحات المحددة وأحياناً يستعمل لغة لا يفهمها من حوله مجازية ويفهمها الملاحظين أو المقيمين مع الطفل

ويضيف محمود حمودة (١٩٩١) إلى الصورة الكلينيكية السابقة ستة عشر صنفاً لهذا الاضطراب ، ويشترط وجود ثمانية أعراض منها على الأقل لتشخيص الطفل الأوتيزمى وقسمها إلى مجموعات ثلاث هي نفسها المكونات الثلاث للصورة الكلينيكية بصورة أكثر تفصيلاً :

أ- وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل :

خلل بارز في القدرة على عمل صداقة مع الآخرين.

لا يشترك في اللعب الاجتماعي ويفضل اللعب الفردي وإذا اشترك في اللعب الفردي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة.

لا يحاكى الآخرين (لا يقلدهم) أو يحاكى بصورة ناقصة أو جزئية أو التقليد الآلي للآخرين دون علاقة له بالموقف بصورة تكرارية.

لا يبحث عن الراحة وقت المرض أو يطلب الراحة بطريقة ملحة أو شاذة.

ب- خلل كيفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي :

لا توجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهى أو الإيماء أو التواصل الحركي.

التواصل اللفظي غير الطبيعي الملحوظ كما في كثرة استخدام الحملقة بالعينين "عدم الابتسام أو النظر للآخرين " ولا يعرف التقاليد كالاحترام والترحيب .

غياب النشاط التخيلي وأيضاً اللعب الاجتماعي والشخصيات الخيالية والروايات والقصص الخيالية.

يظهر شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام مثل ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع وأحياناً الكلام على وتيرة واحدة

يظهر شذوذ في شكل ومحتوى الكلام وتشمل الكلام بصورة آلية مكررة مثل الترديد المباشر للكلام أو التكرار الآلي واستخدام الكلمات في غير مواطنها من الجمل وأخطاء في استخدام الضمائر.

عجز في القدرة على بدء محادثة مع آخر أو استمرارها برغم وجود الظروف المناسبة للحديث.

ج- النقص والعجز في الأنشطة والاهتمامات :

ضيق ملحوظ وفقر في الاهتمامات والانشغال باهتمامات ذاتية جزئية أحياناً اهتمام واحد جزئي بأعضاء الجسم ، بأوراق وخيوط وغيرها.

(٢) الإصرار غير المناسب على إيقاع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند قضاء بعض الأعمال.

(٣) التوتر و الاضطراب الشديد عند حدوث تغيير في البيئة ولو كان ضعيفاً مثل تحريك كرسي أو أباجورة.

(٤) الحركات الآلية للجسم مثل لف الرأس أو الجسم أو النقر بالأيدي.

(٥) الانشغال الدائم بإجراء مثل شم بعض الأشياء أو حملها.

يعرف التوحد بأنه " اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الانفعالية خاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الاجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية".

ويشير (عبد العزيز الشخص ، عبد الغفار الدماطي ، ١٩٩٢) : في تعريفهم للتوحد : على أنه نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة أو في مجال العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة وعادة ما يصيب الأطفال في سن الثلاث سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذوى المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر ".

وتعرفه نادية أبو السعود (١٩٩٨): " بأنه ارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل ويتميز بفساد التفاعل الاجتماعي والاتصال الشعوري والنشاط التخيلي والأنشطة الاجتماعية مرتبطا مع أنواع مرضية من السلوك وبشكل خاص في تجنب الحملقة والنشاط الزائد والنمطية والإصرار على الروتين والكثير من الحركات الآلية" .

ويشير المعهد القومي للصحة العقلية (plmH. 1998)على أنه: " تشويش على العقل الذي يؤثر على قدرة الأطفال على الاتصال ، وإقامة علاقات مع الآخرين وبعض التوحديون قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي ، وبعضهم محصورون داخل أنماط سلوكية متكررة ونماذج تفكير جامدة ومشكلات اجتماعية وحسية تؤثر على سلوكهم وقدرتهم على التكيف مع الحياة" .

ويطلق (فتحي عبد الرحيم ،١٩٩٠) : على الذاتوية " إعاقة التوحد " لفظ التمركز الذاتي ويعتبر بالإضافة إلى شيزوفرونيا الطفولة من الاضطرابات السلوكية الحادة التي تصيب الأطفال في فترات الطفولة المبكرة والمتوسطة وذلك منذ أن ميز (ليوكانر) (١٩٤٣) التركيز الذاتي كنوع مستقل من اضطرابات السلوك التي تحدث في وقت مبكر من حياة الأطفال بخلاف شيزوفرونيا الطفولة المتوسطة ومنذ ذلك الحين والحوار يدور بين الأطباء النفسيين حول ما إذا كن التمركز الذاتي يعد حالة منفصلة عن ذهان الطفولة أم لا .

ويشير (فاروق صادق ، ٢٠٠٣: ٦٢)إلى أن:" التوحد نوع من الاضطرابات في النمو والتطور تظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر وتؤثر على مختلف جوانب النمو السالب والتي قد تظهر في النواحي الاجتماعية التواصلية والعقلية والانفعالية والعاطفية ويستمر هذا النوع من الاضطراب التطوري مدى الحياة (أي لا يحدث شفاء منه) ولكن تتحسن الحالة من خلال التدريبات العلاجية المقدمة للطفل" .

ويشير (سليمان عبد الواحد يوسف ، ٢٠١٠، ١٥٥) إلى التوحد: "بأنه أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تظهر خلال السنوات الأولى من حياة الطفل ويؤثر تأثيراً شاملاً على كافة جوانب نموه العقلية والانفعالية والاجتماعية مع قصور واضح في التواصل اللفظي مع مصاحبته بسلوكيات نمطية شديدة ومتواترة ويظهر عادة بنسبة كبيرة في الذكور عن الإناث" .

ويعرفه (أحمد فتحي عكاشة، ١٩٩٨) : " بأنه حالة من القصور المزمن في النمو ، تظهر أعراضه خلال الثلاث سنوات الأولى ويصيب حوالي خمسة أطفال من كل ١٠٠٠٠ ولادة وبسبة أكبر بين الذكور عنه لدى الإناث ويحدث في كل المجتمعات بغض النظر عن اللون أو الأصل أو الخلفية الاجتماعية بل ربما تكون العوامل المسببة عوامل عضوية تعزى إلى خلل في بعض الوظائف المخية والجهاز العصبي المركزي".

وانه ذلك الاضطراب الذي يتضمن قصور في التواصل الاجتماعي والانفعالي وتأخر في النمو اللفظي المصاحب بشذوذ في شكل ومضمون الكلام والترديد الآلي وعدم القدرة على استخدام الضمائر بالإضافة إلى النمطية والإصرار على الطقوس دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أي تغيير

ويشير(محمد صبري وهبة : ٢٠٠٤) أن:"التوحد أو الذاتوية نوع من الإعاقة سببها خلل وظيفي في الجهاز العصبي ويتميز بنفس القدرة على الإدراك الحسي واللغوي والاجتماعي، ويصاحب ذلك نزعة انطوائية تعزل الطفل عن الوسط المحيط فلا يكاد يحس بما يدور حوله هذا ، ويصاحب التوحد متلازمات أخرى مثل " مِتلازمة Fragile Syndroom " حيث بروز الأذن ومرونة المفاصل والإعاقة الذهنية كما يصاحبه" مرض اسبرجر Asperger "حيث لا يميلون لتكوين العلاقات الاجتماعية هذا وقد أكدت ألدراسات في مركز الأبحاث بجامعة كامبردج أن نسبة حالات التوحد تكون ٧٥ حالة لكل ١٠٠٠٠ حالة في حين أكدت الدراسات الأخرى خمس حالات لكل ألف حالة".

وتشير (كريستين مايلز ، ١٩٩٤) إلى أن: " التوحد حالة غير عادية لا يقيم الطفل فيها أي علاقة مع الآخرين ولا يتصل بهم إلا قليلاً جداً والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه الشاذ ناجماً عن تلف في الدماغ ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء بالتوحد مع الخيال وقد يكونون طبيعيين أو أذكياء جداً أو متخلفين عقلياً".

ويشير (أحمد فتحي السحيمى ، ٢٠١١) في تعريفه للتوحد : " أنه عجز يعيق تطوير المهمات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي ، وهو اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية ".

ويشير (ذكريا الشربيني ، ٢٠٠٤) إلى أن : " التوحد هو اضطراب نمائي يعزل الطفل المصاب عن المجتمع دون شعور المصاب بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الاجتماعية ، فينخرط في مشاعر وأحاسيس وسلوكيات ذات مظاهر غير عادية أو شاذة بالنسبة لمن يتعاملون مع الطفل بينما يعايشها الطفل بصفة دائمة مستمرة لأنها الوسيلة الوحيدة التي يعبر بها عن أحاسيسه ومشاعره وبطريقته الخاصة".

ويعرف (*Lewis & Volkmar,1990,121*) التوحد : "بأنه اضطراب نمائي يتسم بانحراف واضح في النمو اللغوي والاجتماعي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية ورغبة في المداومة على الأعمال الروتينية ، وعادة ما يرتبط بالتخلف العقلي".

ويتفق كل من بارى وآخرين *Barry et al* (٢٠٠٣: ٦٨٥)،ياس ومووليك *Bass &Mulick* (٢٠٠٧: ٧٢٧) ، أكشوموف *Akshoomoff* (٢٠٠٦: ٢٧٤) وريفيس *Reavis* (٢٠٠٣) : " على أن التوحد ما هو إلا إعاقة في جوانب النمو المختلفة ، حيث يعانى الأطفال ذو التوحد من إعاقات واضحة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتنوعة مثل الاتصال بالعين ، والتغيرات الوجهية والتغيرات البدنية ، والإشارات المستخدمة . كما أنهم يفشلون في مراقبة تأثير سلوكياتهم على الآخرين ، مما يتضح أثرة في صعوبة اكتساب المهارات.

ويتفق كل من هشام الخولى (٢٠٠٤) ، وعادل عبد الله (٢٠٠٣) في أن اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي منتشر يؤثر سلبا على العديد من جوانب التوافق ، ويعانى هؤلاء الأطفال التوحديون من اضطرابات سلوكية تتمثل في نمطية الحركة ، وأيضاً اضطرابات في اللغة ".

ويتبنى (عبد المنان معمور، ١٩٩٧) : التعريف الذي قدمته " ماريكا Marica 1990 " للأوتيزم : "من أنه مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين فضلاً عن وجود النشاط الحركي المفرط".

ويشير (رمضان القذافي ، ١٩٩٣) : في تعريفه للتوحد: بأنه حالة اضطراب عقلي يصيب الأطفال ، على الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعة. بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي والانفعالي والذهني ، واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة".

ويعرف إبراهيم الغنيمى (٢٠١٠: ١٧):" أن اضطراب التوحد هو نوع من الاضطرابات النمائية ، ويتم تحديده عن طريق الاضطراب النمائى النوعي وصلة التواصل اللفظي وغير اللفظي والقدرات اللغوية التقديرية ، والمعدل المحدود من الاهتمامات والافتقار إلى التماسك وذاكرة الحفظ بتكرار الكلام والمعالجة البديلة الفراغية والمعرفة الاجتماعية والذاكرة التصورية والإدراكية".

وأوضح برون (*Brown*) إلى أنه يوجد أربعة محاور يعانى منها الطفل التوحدى ويظهر فيها القصور وهى :

-علاقات مختلفة.

-صعوبات في التواصل.

-ضروب سلوكية ذات طابع متصلب.

-نمو مشتت ذات طبيعة خاصة *(Brown, W, 1996, p25)* .

ويشير المعهد القومي للصحة العقلية (١٩٩٨) : "في تعريفه للتوحدية على إنها تشويش عقلي يؤثر على قدرة الأفراد على الاتصال وإقامة علاقات مع الآخرين والاستجابة بطريقة غير مناسبة مع البيئة المحيطة بهم ، وبعض التوحديين قد يكونون متأخرين أو يعانون من تخلف عقلي أو بكم أو لديهم تأخر واضح في النمو اللغوي وبعضهم يبدون متعلقين أو محصورين داخل أنماط سلوكية متكررة ، ونماذج تفكير جامدة ، وأكثر هؤلاء يواجهون مشكلات اجتماعية ومشكلات حسية بالإدراك ومشكلات اتصالية ، وكل هذه المشكلات تؤثر على سلوكهم وبالتالي على قدرتهم على التعلم ومن ثم قدرتهم على التكيف مع الحياة (*Micheal, W, 1999, 153*)" .

ويشير كابوت وزملاؤه *Kabot, S , et al* (٢٠٠٣) : إلى أن اضطراب التوحد يمكن التعرف عليه من خلال ثلاث محاور تعتمد على بعضها البعض وتظهر في آن واحد هي:

أنه اضطراب عصبي يرتبط بنمو المخ.

أنه اضطراب نفسي يشمل النمو المعرفي والانفعالي والسلوكي.

أنه اضطراب في النمو الاجتماعي يفصح عن عجز شديد في العلاقات الاجتماعية والتواصل ، وفشل في الاتصال بالبيئة الاجتماعية ، ومن ثم فالطفل المصاب بهذا الاضطراب لا يستطيع الاستجابة للمثيرات الحسية ، ولديه قصور شديد في نمو اللغة والكلام ، ويلاحظ عليه سلوكيات نمطية غير هادفة ودائماً تتضح معالم هذا الاضطراب خلال السنوات الثلاثة من عمر الطفل *(Kabot, S ,et al, 2003: p 26- 33)* .

وتشير الرابطة الأمريكية للطب النفسي في تعريفها: " للتوحد أنه نوع من الاضطرابات التطورية والتي تظهر خلال السنوات سنوات الأولى من عمر الطفل وتكون نتيجة لاضطرابات نيورلوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعي صعب عند هؤلاء الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظياً أو غير لفظياً ودائماً فهؤلاء الأطفال يستجيبوا إلى الأشياء أكثر من الاستجابة إلى الأشخاص ، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم ودائماً يكرروا حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة.

ويشير القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعاقين :*Individuals With Disabilities* *Education Act* (*IDEA*) في تعريفه للتوحد بأنه " إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللظى وغير اللفظي ، والتفاعل الاجتماعي ، وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل الثالثة من العمر وتؤثر سلبياً على أداء الطفل التربوي ، ومن الخصائص والمظاهر الأخرى التي ترتبط باضطراب التوحد هو : انشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغير البيئي ، أو مقاومته للتغير في الروتين اليومي ، إضافة إلى الاستجابات غير الاعتيادية ، أو الطبيعية للخبرات الحسية. (إبراهيم العثمان، إيهاب الببلاوي ، ٢٠١٢ : ١٩).

وترى (نادية إبراهيم أبو السعود ، ١٩٩٨) أن التوحد كإعاقة تطورية هو: "ارتقاء غير طبيعي مختل يتضح قبل الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل ويتميز بفساد التفاعل الاجتماعي والاتصال الشفوي ، والنشاط التخيلي والأنشطة الاجتماعية مرتبطاً مع أنواع مرضية من السلوك وبشكل خاص في تجنب الحملقة والنشاط الزائد والنمطية والتقولب والإصرار على الروتين والكثير من الحركات الآلية ".

ويشير "بيرل" في تعريفه للتوحد : " بأنه أحد اضطرابات النمو الشديدة عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية أو علامات جينية ، وقد افترض أن العوامل المسببة للتوحد بعضها يكون قبل الولادة وبعضها الآخر يكون بعد الولادة وأنها قد تحدث خلل في المخ والأرجح أن معظم الحالات تعود لمثل هذه العوامل ".

وعرفه السيد الرفاعي (١٩٩٩: ٨٧) : "بأنه أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث نتيجة مباشرة لاختلال هرمونية الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته قصور في عملية التواصل والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي وأيضاً وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي ، ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل التوحدى من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل ، الأمر الذي يجعل أن هناك صعوبة في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين به من جهة أخرى".

وتشير دائرة المعارف العامة (١٩٩٩) : في تعريفها للتوحد: " على أنه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عن ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتساب المعلومات ، وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة فيصبح مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب وجود هذا الاضطراب إلى الآن ، وتبدأ تظهر أعراض التوحدية في خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل وتتضمن عدم التخاطب الطبيعي وغياب الاتصال الاجتماعي وغياب السلوك الخاص باللعب المتكرر وتصبح لدى الفرد طقوس غريبة لا يقدر على الاستغناء عنها ويظهر عليه التبلد في الاستجابة للغير وتبلد المشاعر تجاه الألم والخطر ويصبح السلوك ممزقاً ومشتتاً وأوضحت الإحصاءات أن من ٧٥ : ٨٥ % من التوحديين يعانون من تأخر عقلي بدرجات متفاوتة (*Micheal, W, 1999, 153*).

ويرى كل من عثمان فراج(١٩٩٤: ٥٣) ، وبيرسون وآخرون (٢٠٠٦: ٣٢٨) أن مصطلح التوحد: " يطلق على إعاقة من إعاقات النمو التي تتميز بقصور في الإدراك والتفكير ونزعة انطوائية انسحابية تقوم بعزل الطفل عن المحيطين به ، وبذلك يصبح الطفل التوحدى منغلقا على ذاته ولا يحس بمن حوله من أفراد أو أحداث.

ويشير (السيد الرفاعي ، ١٩٩٩) : في تعريفه للتوحد : "إلى أنه أحد مظاهر الاضطرابات الارتقائية وهو يحدث كنتيجة مباشرة لإختلالات هرمونية في الارتقاء والبعد عن المسار الطبيعي ومن أهم علاماته اختلال في التفاعل الاجتماعي وقصور في عملية التواصل مع قلة الاهتمامات والأنشطة والتأخر اللغوي والقدرة على استخدام اللغة في التواصل بشقية اللفظي والغير لفظي بالإضافة إلى وجود ضروب سلوكية تتسم بالطابع التكراري النمطي ويغلب القصور المعرفي على الصورة الإكلينيكية للطفل الذاتوى من خلال اضطراب وظائف الإدراك والانتباه والتفكير والتخيل والتذكر ، الأمر الذي يجعل أن هناك صعوبات في التوافق مع المتغيرات البيئية من جهة ومع المحيطين بهم من جهة أخرى".

وتعرفه سها أمين (٢٠٠١: ٢٠) : " بأنه نوع من الإضرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهوره وإلى مدى حياته ، وتؤثر على جميع جوانب الفرد وتبعده عن النمو الطبيعي ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائية على التواصل سواء كان اللفظي أو غير اللفظي وأيضًا على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء الأطفال التوحديون ، ويظهر في خلال السنوات الأولى من عمر الطفل ويفقده التواصل والاستفادة ممن حوله سواء أشخاص أو خبرات أو تجارب يمر بها ، وهذا النوع من الاضطرابات لا شفاء منه ، ولكن قد يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر.

ويشير (عبد الله بن محمد الصبى ، ٢٠٠٢) :" إلى أن التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعنى العزلة أو الانعزال وبالعربية سموه الذووية وهو اسم غير متداول والتوحد ليس الانطوائية ، وهو كحالة مرضية ليس عزلة فقط ، ولكن رفض للتعامل مع الآخرين مع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لآخر وهو اضطراب معقد للتطور يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل نتيجة خلل وظيفي في المخ والأعصاب لم يصل العلم إلى تحديد أسبابه".

ويعرف (ربيع شكري سلامة ، ٢٠٠٥) : التوحد على أنه: " حالة تصيب بعض الأطفال عند الولادة أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة تجعلهم غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية طبيعية وغير قادرين على تطوير مهارات التواصل ويصبح الفرد منعزلاً عن محيطه الاجتماعي ويتقوقع في عالم مغلق يتصف بتكرار الحركات والنشاطات".

وتشير الرابطة الأمريكية للطب النفسي *psychiatric Association* (*American, 1994*) في تعريفها للاضطراب التوحدى : " أنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثراً بذلك على الاتصالات اللفظية والغير لفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم ، وفي بعض الحالات التوحدية تكون مرتبطة بتكرار آلي لمقاطع معينة ويظهر هؤلاء مقومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي ، وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة (*DSMIV. 1994, 66*).

ويرى كل من ماكينتوش وديساناياك *Macintosh* & *Dissanayak* (٢٠٠٦) : " أن أطفال التوحد ذوى الأداء المرتفع لديهم قدرات معرفية عالية ، عادية أو فائقة ، فكثير منهم يتعلمون القراءة في سن مبكرة ، ويؤدون المهام المدرسية بصورة جيدة ، وقد يغفل عن هذه الجوانب المعلمون وكما أن لديهم أداء لغويا أكثر طبيعة ، ولكنهم لا يقدرون على متابعة المحادثة المجردة ، ويعانون من صعوبات أثناء الحديث مع الآخرين ، وممكن أن يتحدثوا بطريقة هوجائية وعادة ما يرتبطون بالكبار أكثر من الأطفال ، ولا يستطيعون قراءة الآخرين (نظرية العقل) ، ولديهم صعوبات في تكوين الأصدقاء والاحتفاظ بهم ، وعادة ما يصبحون مثبتين على اهتمام واحد ويهتمون بالحديث عن هذا الجانب.

ويعرف (محمد عز الدين ، ٢٠٠١) : التوحد على أنه: " أحد الاضطرابات المتعلقة بتطور المخ مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية وبعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغير ، ويعتبر التوحد المصنف الرئيسي لمجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها مجتمعة مصطلح.(الاضطرابات التطورية المنتشرة).

ولقد اهتم كل من بارسونز وميتشل *Parsons & Mitchell* **(٢٠٠٢: ٤٣٠) وايفي وآخرين** *Ivey et al* **(٢٠٠٤: ١٦٧) بالجانب السلوكي في تعريف التوحد : " حيث رأوا أن التوحد اضطراب تفكيكي** *Disintegrative* **يتم تشخيصه على المستوى السلوكي طبقا لثلاثية الإعاقات في التواصل والمشاركة الاجتماعية والتخيل ، وهذا الاضطراب التفكيكى يتراوح مابين التوحد الكلاسيكي ذي صعوبات التعلم الحادة على أحد طرفي المتصل وعلى الطرف الآخر يوجد التوحد ذو الأداء المرتفع** *High Functioning Autism***.**

وعرفت الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية *American psyehazric association, 4 E 1994* **الاضطراب التوحدى :" بأنه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي وهو عادة يظهر في سن قبل ثلاث سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم وفي بعض حالات التوحد تكون مرتبطة بتكرار مقاطع معينة ، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة ". (*DSM*:*1994*)**

وعرفته دائرة المعارف العامة (١٩٩٩) : "على أنه عجز شديد في المقدرة الخاصة بالجهاز العصبي الذي ينتج عنه ضعف واضح في مقدرة الفرد على التعلم واكتساب المعلومات وهذا الاضطراب يتخلل جميع الوظائف الخاصة مؤشراً لوجود اضطراب بيولوجي في الناحية التطورية للمخ ولم يتعرف على سبب حدوث هذا الاضطراب إلى الآن (*Michael*:*1999*)".

ويشير كل من (*Moyes 2001*:*33.,Biklen.&Attified,2005:66*) في تعريفهم للتوحد : " أنه أحد أكبر الاضطرابات الغامضة وربما يرجع ذلك لأن أسبابه غير واضحة بشكل حاسم وأن هذه الاضطرابات تؤثر على كل أنماط النمو بشكل خطير وأن هذا الاضطراب يولد الطفل به بالرغم من أن أعراضه لا يمكن التأكد منها بشكل حاسم قبل ثلاثين شهراً ".

كما يعرف التوحد بأنه : "عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي و الإبداعي ، وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد ، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ"

ويشير محمد شوقى (٢٠٠٣: ١٧) إلى التوحد : "بأنه اضطراب اتصالي خطير في مرحلة الطفولة المبكرة عادة قبل الثلاثين شهر الأولى من عمر الطفل ويؤثر على جميع جوانب النمو الطبيعي للفرد بما في ذلك ألتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي وينتشر بين الذكور بنسبة أكثر من الإناث ويتسم بانحراف واضح في النمو اللغوي والاجتماعي مصحوباً بأنماط سلوكية نمطي ورغبة في المداومة على الأعمال الروتينية والإصرار على طقوس معينة دون توقف مع وجود استجابات تتسم بالعنف إزاء أي تغيير ويستمر هذا النوع من الاضطراب مدى الحياة (أي ليحدث الشفاء منه) ولكن قد تتحسن الحالة من خلال التدخل المبكر ووضع البرامج العلاجية والإرشادية والتدريبية المقدمة للطفل التوحدى ".

ويشير (كمال سالم سيسالم ، ٢٠٠٢) : في تعريفه للتوحد : "على أنه مصطلح يستخدم للتعبير عن الخصائص الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً خاصة ممن لديهم اضطرابات سلوكية حادة ، وتمثل الإجترارية بالانطواء الشديد والتمركز حول الذات والانشغال بالعالم الخارجي".

كما أنه نوع من اضطرابات النمو العقلية والتي تتميز بغياب العلاقات الاجتماعية والاتصال والمحادثة مع وجود العديد من السلوكيات الشاذة والمنحرفة عن النمو العادي ، ويحدث هذا الاضطراب دائماً قبل ثلاث سنوات من عمر الطفل ويستمر باقي الحياة مع هؤلاء الأطفال وغالباً ما يصاحب هذا الاضطراب نقص في القدرات العقلية بنسب متفاوتة (*wheeler, J., 2003: p 64*).

ويشير محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠٠٦: ٦٦) : "إلى الطفل التوحدى بأنه طفل تؤثر عليه كثيراً من مظاهر نمو الطفل المختلفة وبالتالي تؤثر عليه بالانسحاب للداخل والانغلاق على الذات ، وهذا بالتالي يضعف من اتصال الطفل بعالمه المحيط ويجعله يحب الانغلاق ويرفض أي نوع من الاقتراب الخارجي منه ويجعله يفضل التعامل مع الأشياء أكثر من تعامله مع المحيطين به".

ويتفق كل من فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠: ٥٠٥) ، وعمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤: ٦٣) على أن : "مفهوم التوحد يلتف حول مجموعة من المعاني حيث أنه اضطراب واضح في الارتقاء اللغوي مصحوب بأنماط سلوكية نمطية وهو زملة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة وغالباً ما تكون مصحوبة بنسبة ذكاء ويتصف هذا الاضطراب بالشذوذ في الاتصال ، مما يجعل الطفل غير قادر على التواصل مع الآخرين ويميل إلى الانسحاب".

ويشير وولف (Wollf) في تعريفه للأطفال الذين يعانون من الاضطراب التوحدى : " على أنهم الذين ينقصهم الاتصال الانفعالي والاجتماعي ، وينقصهم الاتصال اللغوي ، وشذوذ في اللعب والتخيل ، والنمطية والتقولب والإصرار على الروتين والأفعال العنيفة تجاه أي تغير مع وجود الكثير من الحركات الآلية الغير هادفة مثل (هز الرأس، واليدين ، الأصابع ، الخ) (Wolv, 2000: p 555)".

ويشير عبد العزيز الشخص وعبد القادر الدماطي (١٩٩٢: ٥٢-٥٣) على أن التوحد : "هو اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (مابين ٣٠-٤٢) شهرًا ويؤثر في سلوكهم ، حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء ، وعدم الاهتمام بالآخرين ، وتبلد المشاعر ، وقد ينصرف اهتمامهم أحياناً إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويلتصقون بها".

ويتفق كل من هشام الخولي(٢٠٠٤) وعادل عبد الله(٢٠٠٣) في أن : "اضطراب التوحد من الاضطرابات التي تؤثر سلبا على العديد من جوانب التقوقع حول نفسه ويعانى هؤلاء الأطفال التوحديون من اضطرابات سلوكية تتمثل في نمطية الحركة وأيضا اضطرابات في اللغة".

ويوضح يوسف القريوطى وآخرون (١٩٩٥- ٣١٦) أن: " التوحد يحدث نتيجة لاضطرابات في الاستجابات الحسية واضطرابات في سرعة أو تتابع النمو واضطرابات في اللغة والكلام والسعة المعرفية واضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات ، مما ينعكس بدوره في ظهور الاضطراب في الجانب الانفعالي والاجتماعي والمعرفي ".

ويتفق جريلا وآخرون *Grela et al* (٢٠٠٦- ٧٥٣) ،داوسون وآخرون *Dawson et al* (٢٠٠٤- ٢٧١): " على أن الأطفال التوحديون لديهم قيود في السلوك ويظهر ذلك في النمط الروتيني المحكم والانشغال بالجزء أكثر من الكل والاهتمامات بأشياء محددة لفترة طويلة والإصرار على الذاتية ، كما أن لديهم جموداً في الروتين حيث يصبحون قلقين عندما يتوقع منهم أن يضمنوا التغيير داخل الروتين ، ويكون رد فعلهم سلبياً "

وعرفه *Gilberg* (١٩٩٢- ٣٨٦) : "على أنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتتسم بنقص في التواصل الاجتماعي وضعف في الاتصال ".

كما أن التوحد حالة كاضطراب عقلي تصيب الأطفال وعلى الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلا أنه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعى بالإضافة إلى تميزهم بالاضطراب السلوكي والاجتماعي والانفعالي والذهني . واعتبرت هذه الحالة من حالات فصام الطفولة.

ويعرف (عبد الرحمن سيد العيسوي ، ٢٠٠٥) : الطفل التوحدى بأنه : "طفل شديد الانسحاب عن العالم الذي يعيش في وسطه ، قد يجلس لساعات أطول يلعب بأصابعه أو بقطعة من الورق ، ويضيع في عالم الأوهام والخيالات الباطنية ويبدو الانسحاب على مثل هؤلاء الأطفال منذ بداية حياتهم والاستغراق في الذات وصعوبة الاتصال بهم ، وعدم القدرة على إقامة علاقات طبيعية مع الغير ، ويعانون من وحدة بالغة ورغبة متسلطة في الإبقاء على حالاتهم كما هي ، كما يعانون من صعوبة شديدة في اللغة إلى حد البكم *mutism* مع استعمال النفي ، وعدم قبول مرادفات لنفس العبارة ويميل المريض إلى تكرار أو إعادة نفس الجملة التي يسمعها ، واستعمال الضمائر المقلوبة كأن يشير الطفل لنفسه بضمير " أنت " ويقول لمن يخاطبه " أنا " مع التفوه بألفاظ عديمة المعنى وغير ملائمة ، ويعمم الطفل اللفظ الواحد على أكثر من " واحد

(٢) أنواع اضطراب طيف التوحد :

يشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى ،٢٠١٢) : إلى أن (مارى كولمان) مديرة العيادة الطبية لبحوث دماغ الأطفال في واشنطن اقترحت نظاماً تصنيفياً للأطفال التوحديين يضعهم في ثلاث مجموعات أساسية.

ويتبين أن هذا التصنيف ليس متلازمة منفردة كما أكد كانر ، بل هو مكون من ثلاث تصنيفات فرعية هي :-

-النوع الأول : وهو ما يسمى بـ (المتلازمة التوحدية الكلاسيكية) *Classic Autistic Syndrome* وفي هذا النوع يظهر على الأطفال أعراضا مبكرة دون أن تظهر عليهم إعاقات عصبية ملحوظة ، إلا أنهم في هذه المجموعة وكما تقول كولمان يبدءون في التحسن التدريجي فيما بين سن الخامسة إلى السابعة.

-النوع الثاني : وهو ما يسمى بـ (متلازمة الطفولة الفصامية بأعراض توحديه) *Schizophrenic syndrome With Childhood* وهذا تشابه بين أطفال هذا النوع والنوع الأول إلا أن العمر عند الإصابة يتأخر شهراً لدى البعض كما أنهم يظهرون أعراضاً نفسية أخرى ، إضافة إلى المتلازمة التوحدية الكلاسيكية التي أشار إليها "كانر"

-النوع الثالث : وهو ما يسمى بـ (متلازمة التوحدية المعاقة عصبياً) *Autistic Syndrome Neurologically Impaired* ، ويلاحظ ظهور مرض دماغي عضوي في هذا النوع ، متضمناً اضطرابات أيضية ، ومتلازمات فيروسية مثل : الحصبة ومتلازمة الحرمان الحسي (الصمم والعمى).

ويشير (محمد عبد الرازق هويدى ، ٢٠٠٠) : إلى أن الطبعات المتتالية من الأدلة التشخيصية التي تصدرها الجمعية الأمريكية للطب النفسي *American psychiatric Association* (*A P A*) كشفت عن حذف بعض الفئات وإضافة فئات جديدة من الاضطرابات النمائية الشاملة ، ويرجع ذلك لسببين هما :

-السبب الأول : هو الخبرات الإكلينيكية الميدانية نتيجة لاستخدام فئة ما في التشخيص يتبن عدم وضوحها ، أو تداخلها مع فئة أخرى ، أو وجود بعض الحالات المرضية التي لا تندرج تحت أي من الفئات الموجودة .

-السبب الثاني : هو نتائج البحوث والدراسات التي تكشف فئات تشخيصية جديدة ذات خصائص تميزها عن الفئات الحالية ، أو ظهور مفاهيم نظرية جديدة تؤدى إلى تصنيف مختلف للاضطرابات النمائية الشاملة .

ومن الأمثلة على ذلك أن الدليل الأمريكي الثالث المعدل(*D S M-III-R*)كان يضم فئتين فقط : التوحد واضطراب نمائي شامل غير محدد ، هذه الفئة الثانية كانت غامضة لدرجة كبيرة بحيث أصبحت تضم نوعيات متباينة من الأطفال ، كما أنه تشخيص غير مفيد من الناحية العلاجية ، وكشفت الدراسات عن إمكانية تقسيم هذه الفئة الواحدة إلى عدة فئات : لذلك نجد أن الطبعة الرابعة أضافت عدة فئات : "اضطراب ريت "، "ومتلازمة اسبيرجر" واضطراب تفكك الطفولة ، إلى جانب الاحتفاظ بفئة غير محددة التي يقصد بها التوحد غير اللفظي.

وتضيف (*Wing,1995:p125*) إلى أنها قامت بدراسة للتعرف على الفئات الفرعية لاضطراب طيف التوحد صنفته إلى ثلاثة أنماط هي :-

النمط الأول : هو النمط الانعزالي *aloof* ونجده في معظم الأفراد المنسحبين اللذين هم عادة غير مبالين ، أو رافضين للاقتراب الجماعي حتى من قبل الأطفال الآخرين ، ولدهم الحد الأدنى من سلوك التعلق والحب .

النمط الثاني : هو النمط السلبي *passive* ونلاحظ التفاعلات السلبية في الأفراد الذين يتقبلون الاقتراب الجماعي ، وقد يلعبون مع الأطفال الآخرون إذا تم تنظيم موقف اللعب .

النمط الثالث : هو النمط النشط ولكنه غريب *Active-but-odd*فنجد أن الأطفال هنا يقتربون من الآخرين بتلقائية ، ولكن التفاعل الاجتماعي في معظم الأحيان غير ملائم وذو اتجاه واحد .

وقد حاولت دراسات أخرى تقسيم الأشخاص ذوى اضطراب التوحد على أساس مستوى الكفاية الوظيفية *Functioning* إلى نمطين هما :

النمط الأول : ويضم الأشخاص ذوى الأداء الوظيفي المرتفع.

النمط الثاني : ويضم الأشخاص ذوى الأداء الوظيفي المنخفض.

إلا أن الدليل التشخيصي ، والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الرابعة (DSM-IV) وصف خمسة اضطرابات لطيف التوحد هما :

-اضطراب التوحد *Disorder Autistic*

-متلازمة اسبيرجر *Aspersers Syndrome*

-اضطراب ريت *Reet Disorder*

-اضطراب الطفولة التفككى *Childhood Disintegrative Disorder*

-اضطراب النمو المنتشر غير المحدد *Specified pervasive Developmental Disorder not Otherwise*

(٣) معدل انتشار الاضطراب التوحدى :

تختلف نتائج الدراسات والبحوث التي استهدفت تحديد نسبة انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال ، ولذلك فإن معدلات حدوث التوحد المتوافرة حتى الآن تعد معدلات غير دقيقة تماماً ، وربما قد يرجع السبب في ذلك إلى الصعوبات البالغة التي تواجه المهنيين عند تشخيص هذا الاضطراب بالإضافة إلى اختلاف الأساليب والأدوات التشخيصية المستخدمة من مجتمع لآخر

وتشير (لينا نمر بن صديق ، ٢٠٠٥) : إلى أن اختلاف نسبة انتشار الاضطراب التوحدى تكون بسبب التباين في المحكات المستخدمة في تشخيصه وعدم وجود أدوات تشخيصية تعتمد على التقدير الموضوعي ، إلا أن تعدد الدراسات وتنوع المجتمعات التي أجريت فيها تلك الدراسات إضافة إلى الأطر النظرية ذات العلاقة قد تعطى مؤشراً علمياً يمكن الوثوق فيه.

وتشير (وفاء على الشامي ، ٢٠٠٤) :إلى أن التوحد باعتباره اضطرابا في النمو العصبي يؤثر في التطور لثلاث مجالات أساسية هي التواصل والمهارات الاجتماعية والتخيل ويظهر في جميع أنحاء العالم وفي مختلف الجنسيات والطبقات الاجتماعية بالتساوي وبناءً على دراسات أجريت في أوربا وأمريكا تتراوح نسبة انتشار التوحد بجميع درجاته بين (٥ ، ١٥) بين كل (١٠ ،٠٠٠) مولود وتقدر بـ (٥) لكل (١٠ ،٠٠٠) في اضطراب التوحد الشديد.

وكمحصلة للتزايد السريع في معدلات انتشار الاضطراب التوحدى كما أشارت التقارير الصادرة عن منظمات دولية عام ١٩٩٤ أشارت إحصائيات الدليل الشخصي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية أن الأوتيزم يصيب حوالي خمسة أطفال من كل عشرة آلاف طفل وبنسبة أكبر بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة ٤ – ١ ويحدث في كل المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية (Roeyers,1995, p.161)

وفي تقرير صدر عام ٢٠٠٤ أفاد أن القديرات المنتشرة لاضطراب الأوتيزم في العديد من البلدان كالمملكة المتحدة وأوربا وآسيا بلغت نسبة الإصابة باضطراب الأوتيزم بحوالي مابين ٢ – ٦ أطفال من كل ألف طفل.

وتشير (منى حرك ٢٠٠٦) : إلى أن أول دراسة ميدانية أجرتها لوزارة الصحة بجمهورية مصر العربية في (يونيو ، ٢٠٠٧) عن مدى انتشار إعاقة التوحد لعام ٢٠٠٧ ظهرت نسبة الانتشار بحوالي طفل في كل ٨٧٠ طفلاً ، وهناك آخر إحصائية لنسبة انتشار التوحد في أمريكا (٢٠٠٤) يقدر بحوالي طفل لكل (١٦٦)طفل.

كما أعلن المركز الطبي لمدينة ديترويت الأمريكية (١٩٩٨) أن اضطراب التوحد أكثر شيوعاً من متلازمة داون ، وهو يستمر مدى الحياة ويصيب على الأقل (٤ – ٥) أطفال من كل ١٠٠٠٠ طفل وتبلغ نسبة إصابة الذكور (٤ : ٣) أضعاف الإناث ، وهذا ما أكده إيدلسون (١٩٩٨) بناءً على دراسات مسحية واسعة المدى في الولايات المتحدة ، وانجلترا ، وأكثر الدراسات الإحصائية عن التوحد قررت أنه يحدث بمعدل (٤- ٥) أطفال لكل ١٠٠٠٠ طفل ، كما أعلنت الجمعية الأمريكية للتوحدية (١٩٩٩ ٩) أن إعاقة التوحد تحدث بنسبة (١ : ٥٠٠) من الأطفال ما يعادل (٢٠ : ١٠٠٠٠) وان نسبة انتشارها بين البنين إلى البنات هي (٤: ١) (عصام زيدان ، ٢٠٠٤).

ويذكر كل من رونالدكولاروسو، وكولين أوروربك(٢٠٠٣) أن نسبة انتشار إعاقة التوحدية بين الأطفال من سن ٣- ١٢ سنة في الولايات المتحدة الأمريكية هي ٠،٠٦% وهذا يعنى أن هناك (٦٠ : ١٠٠٠٠) طفلاً لديهم إعاقة التوحدية ولقد تضاعف عدد الطلاب الأمريكيين المصابين بالتوحد والذين يتلقون خدمات تعليمية خاصة خلال ثلاث سنوات فقط ، حيث كان يبلغ عددهم (٣٤ ، ١٠١) ألف طفل في عام ١٩٩٧ وقد تزايد هذا العدد ليصل إلى (٦٥ ،٤٢٤) ألف طفل في عام ٢٠٠٠ وذلك طبقاً لإحصاءات الإدارة العامة للتعليم بالولايات المتحدة (Braymond, 2004, p 225).

ينتشر اضطراب التوحد (الأوتيزم) بنسبة (١ – ٢٠٠٠) بين الأطفال وقد تصل إلى (١ -٢٥٠٠) كما ينتشر بين الذكور بنسبة أكبر عنه بين الإناث . وقد قدم العديد من العلماء والباحثين بعض الأعراض أو زملة من المسالك يتردد من خلالها وجوده.

ويطلق أحمد عكاشه (١٩٩٢) على الذاتوية أو " إعاقة التوحد " الذتوية الطفيلية *Childhood Autism*: بأنـها نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يدل عليه التالي :

نمو أو ارتقاء غير طبيعي في قصور وعجز أو اختلال يتضح وجوده قبل عمر ثلاث سنوات.

نوع من الأداء الغير طبيعي في المسالك الآتية :

عجز في التفاعل الاجتماعي مع المحيطين به في البيئة.

عجز في التواصل والسلوك النمطي المحدود والمتكرر.

انتشار المخاوف المرضية واضطرابات النوم والأكل والهياج بالعدوان الموجه للذات .

اتفق عصام زيدان (٢٠٠٤) ،إلهامي عبد العزيز (٢٠٠١) ، عادل عبد الله (٢٠٠١-أ) ،حسين فايد (٢٠٠٤: ٥٢٩) على أن: " اضطراب التوحد يحدث لفرد واحد من بين كل ٥٠٠ فرد وأن نسبة انتشاره لدى البنين تزيد عنها لدى البنات بأربعة أضعاف ، وأن التقديرات توضح أن صافي معدل الزيادة السنوية في عدد الأفراد ذوى التوحد قياسا بأقرانهم ذوى الاضطرابات الأخرى يصل إلى ٣% تقريبا وأن نسبة انتشار الاضطراب في الولايات المتحدة يبلغ ٠,٦ % وأن نسبة انتشاره في اليابان تتراوح مابين ٠,١٣ % : ٠,١٦ % ".

ويتفق كل من إبراهيم الزريقات (٢٠٠٤) ،يوسف وآخرون (٢٠٠٤) عبد الله سكر(٢٠٠٥) على أن : "تزايد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة ١: ٤ ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية أو اجتماعية حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو المادية أية علاقة للإصابة بالتوحد وكذلك المحكات التشخيصية للكشف عنه ، يعتبر التشخيص الدقيق له متغيرا عما هو عليه من قبل"

ويشير ستيفن إديلسون (٢٠٠٦ : ٧)إلى أن : " نسبة انتشار التوحد في تزايد ويرجع هذا التزايد إلى نسبة انتشاره إلى الفهم الجيد لطبيعة هذا الاضطراب وهذا الأمر الذي ساهم في إبراز نسبة إنتشاره الحقيقية ، والذي يعد ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشارا ، ولا يسبقه سوى التخلف العقلي".

ويتفق كل من كانون (٢٠٠٦: ٩) ، سيلرز (٢٠٠٦: ٤) إلى أن التقديرات الحالية توضح تزايداً متنامياً لحالات هذا الاضطراب ، حيث تقدر بحوالي ٤٠: ٦٠ طفلاً في كل ١٠٠٠٠ طفل ، كما أن هذه التقديرات أوضحت أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية مابين ٦٠٠٠٠ إلى ١١٥٠٠٠ طفل تحت سن ١٥ عام يتم تشخيصهم على أنهم ذو توحد.

(٤) أسباب الاضطراب التوحدى:

يشير (إبراهيم عبد الله الزريقات ، ٢٠٠٤) : إلى أن اضطراب التوحد يعد من الألغاز المحيرة نظراً لتباين خصائصه ، ولذا فقد استقطب اهتمام الكثير من العلماء ، وظهرت تفسيرات عديدة في محاولة منها إلى فهم هذا الاضطراب ولقد ظهرت عدة إجابات للسؤال التالي ما الذي يسبب اضطراب التوحد ؟ ولقد أجريت العديد من الأبحاث على أسباب التوحد ولكنها لم تقدم حتى الآن إلا القليل من النتائج ، ولذلك فلا نستغرب عندما نجد هذا الكم الهائل من النظريات التي تفسر سبب حدوث اضطراب التوحد لتشمل مختلف التوجيهات سواء من يتمسك منهم بوجهة النظر البيئية ، أو من يركز على العوامل الوراثية والتكوينية بوصفها مسببات لهذا الاضطراب فضلاً عن وجهات نظر أولئك الذين يتخذون موقفاً وسطاً من هذا الصدد.

للآن لم يصل العلماء والباحثين إلى أسباب مؤكدة يمكن الأخذ بها والاستناد عليها للوقوف على أسباب اضطراب التوحد إلى جانب عدم الاتفاق على سبب واحد لحدوث هذا الاضطراب بالرغم من كثرة البحوث والدراسات التي تعددت في هذا المجال فإنه لا يزال البحث والدراسة قائم ، وهناك بعض النظريات التي توصلت إليها الأبحاث العلمية المفسرة لأسباب التوحد :

النظرية الأولى : ترى أنه لوحظ أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يعانون في نفس الوقت من حساسية من مادة (الكازين)وهى موجودة في لبن الأبقار والماعز وكذلك (مادة الجلوتين) وهى مادة بروتينية موجودة في القمح والشعير.

النظرية الثانية: ترى أن المضادات الحيوية أحد الأسباب للإصابة بالتوحد حيث يؤدى تناولها إلى القضاء على البكتريا النافعة والضارة في الأمعاء مما يؤدى إلى تكاثر الفطريات التي تقوم بدورها في إفراز المواد الكيميائية مثل حمض" الطرطريك والأرابينوز" والتي تكون موجودة أصلا ولكن بكميات صغيرة ، وقد لوحظ زيادة ونمو وتكاثر الفطريات في الأطفال الذين يعانون من التوحد بسبب كثرة استعمال المضادات الحيوية ، وكذلك احتواء الجسم والوجبات الغذائية على كميات كبيرة من السكريات

النظرية الثالثة : ترى أن أسباب التوحد ترجع إلى لقاح النكاف والحصبة و الحصبة الالمانية حيث وجد أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من اضطرابات في جهاز المناعة مقارنة بالأطفال الآخرين وهذه اللقاحات تزيد هذا الخلل. وأن بعض الدراسات في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية أثبتت أن هناك علاقة بين حدوث التوحد وهذه اللقاحات كما أنه بحساب كمية الزئبق التي تصل للطفل عن طريق تلقى اللقاحات وجد أنها أعلى بكثير من النسبة المسموح بها ، حسب لوائح منظمة الأغذية العالمية والأدوية الأمريكية وهذه النسبة تعتبر سامة وضارة بصحة الطفل وقد تكون من الأسباب التي تؤدى إلى التوحد (الوفاق، ٢٠٠٠)

والاضطراب التوحدى أكثر الإعاقات التطورية ، ورغم التطور الحادث في تشخيص الاضطراب التوحدى والأساليب العلاجية الحديثة والأجهزة الطبية إلا أن السبب الرئيسي وراء هذا الاضطراب مازال غير معروف أو غير واضح فبعض الدراسات أرجعته لأسباب نفسية واجتماعية والعلاقة بين الوالدين والطفل وما بينهما من تفاعل . إلا أن هناك من يؤكد على الأسباب والاحتمالات المتعلقة بالأعصاب

وتشير بعض الدراسات إلى وجود أسباب تتعلق بالجينات وظروف الحمل والولادة إلا أنه حتى الآن لم يتم التأكد من سبب التوحد فقد يكون أحد هذه الأسباب أو الأسباب مجتمعة هي التي تسبب المرض .(عثمان فراج، ١٩٩٦).

كما يرى البعض أن مشكلة التوحد تتلخص في الجينات ومعنى ذلك أن الأمر قد يكون حسم (بإصابة الطفل بالتوحد) من قبل حتى أن يولد بفترة طويلة Richer &Coates,2001: 8)).

ولا يعد التوحد مشكلة نفسية في حد ذاته فلا نستطيع أن نرجع أسباب التوحد إلى التنشئة الوالدية أو الفقر البيئي ولكن هي مشكلة ترجع بشكل أساسي إلى الخلايا والأعصاب والأنزيمات والهرمونات (Davis,2002: 14)

ولا ترجع الإصابة بالتوحد للعرق أو الظروف الاجتماعية مثل العائلة ونمط الحياة ومستوى التعليم حيث أن كل ذلك لا علاقة له بظهور التوحد (Gerlach,2003: 1).

النظريات المفسرة لاضطراب التوحد :

النظرية المعرفية :

تشير (كريستين نصار ، جانيت يونس ، ٢٠٠٩): إلى أن الخصائص المعرفية الملاحظة عند التوحديين تحدد طريقتهم في إدراك البيئة المادية والاجتماعية فالمعرفي يتحدد في القاموس Larousse ، بأنه يتوافق مع الأنساق التي يكتسب الكائن الحي عبرها معلومات عن بيئته ، وتمر هذه المعلومات بوظائف ذهنية تجمع بين التفكير والحكم والإدراك والذاكرة والانتباه ، وبالتالي يجب أخذ هذه الخصائص في الاعتبار لفهم الأشخاص المصابين بالتوحد ، ولتحديد نوع المساعدة الخاصة المتكيفة مع حاجاتهم ولتنميتهم من تنمية طاقاتهم ، فقد تكون خصائص معالجة المعلومات مسؤلة عن الصعوبات التي يواجهها .

ويشير (رفعت بهجات ، ٢٠٠٧) : إلى أنه يمكن القول بأن استخدام طفل التوحد لذاكرته يعتمد على سياق مجموعة من عوامل التلميح وأن عملية بحث الطفل التوحدى عن شيء معين في ذاكرته تصبح عملية صعبة جداً أو مستحيلة نظراً لعدم وجود خبرات ذاتية في ذاكرته ، وهذا يؤدى بدوره إلى ظهور مجموعة من الصعوبات أو المشكلات لدى الطفل التوحدى .

النظرية الاجتماعية :

يشير (إبراهيم بدر ، ٢٠٠٤ ، سوسن الحلبي ، ٢٠٠٥) : إلى أن أصحاب هذه النظرية يروا أن اضطراب التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم ، فضلاً عن وجود بعض المشكلات الأسرية ، مما يؤدى إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسرى ، وانطوائه على نفسه.

ويرى كانر أن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدى هما أساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات غير الطبيعية ، حيث أن معظم آباء الأطفال التوحديين الذين تم تشخيصهم كانوا من ذوى التحصيل العلمي ، وكانوا غريبي التصرف مفرطي الذكاء والإدراك الذهني ، صارمين ، منعزلين ، جادين ، يكرسون أوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم كما يرى كانر بأن توحد الطفولة المبكرة قد يكون عائداً إلى تأثر الطفل ببعد أو انعزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة ، غير أن الدراسات المقارنة التي قارنت بين آباء الأطفال التوحديين وآباء الأطفال غير التوحديين لم تظهر فروقاً ذات دلالة بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الأسرة وأسلوب رعاية وتنشئة الأطفال والتعامل معهم مما يستبعد أن تكون الأسباب الاجتماعية والأسرية لها علاقة مباشرة بالتوحد.

كما أشار (Roge,B.,2003:p 71) : إلى أن بعض الدراسات أشارت إلى أن الطفل التوحدى يعانى من صعوبات ترتبط بمختلف أشكال التبادل والاجتماعي ، والعجز عن تحقيق التآزر بين مختلف مظاهر السلوك والاجتماعي ومشاركة الآخرين تجربتهم الاجتماعية.

النظرية النفسية :

تشير (نادية أبو السعود ، ٢٠٠٠) : أن أصحاب هذه النظرية يروا أن سبب الاضطراب التوحدى هو الإصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة ، ومع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة وقد افترض أن التوحد ينشأ بسبب وجود الأطفال التوحديين في بيئة تفتقد التفاعل والتواصل والجمود مما يؤثر على نمو الطفل النفسي والاجتماعي واهتماماته.

ويعتبر(ليو كانر) أول من وصف آباء هؤلاء الأطفال بأنهم شديدو الاهتمام بالتفاصيل ويتسمون بالانطوائية والبرود الانفعالي ، ولا يظهرون الود لأولادهم إلى جانب أنهم متفوقون عقلياً ، لذا يرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد ناتج عن إحساس الطفل بالفض من قبل والديه وعدم إحساسه بالعاطفة.

وقد تعرض وصف (كانر) للخصائص الأبوية للانتقاد من بعض الباحثين ولكن بعضهم اعترف بأنه يمثل التفسير النفسي ، بعد سنوات من وصف كانر لسبب التوحد ، والذي أدى إلى إرباك بسبب كلا السببين الفطري أو عند الولادة وكرد فعل للبرود والأنانية الوالدية (Ogltree,B,1995:p6).

نظرية العقل :

تفترض هذه النظرية أن الإعاقة في الجوانب الاجتماعية والتواصلية والتخيلية التي تميز الأطفال التوحديين تأتى من الشذوذات في الدماغ التي تمنع الشخص من تكوين فهم صحيح للمواقف الاجتماعية ، وكيفية تفسير المشاعر الخاصة بالآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي معهم ، ويرى بارون كوهين العالم الأمريكي ، وصاحب نظرية العقل أن الشخص التوحدى غير قادر على التنبؤ وشرح سلوك الآخرين مخ خلال حالاتهم العقلية أو أنه لا يرى الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر بينما الأشخاص الآخرون العاديون لديهم فهم خاص أو إحساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين.

ويشير (إبراهيم الزريقات ، ٢٠٠٤) : إلى أن هذه النظرية تشير إلى العجز الاجتماعي الملاحظ عند أطفال التوحد ما هو إلا نتيجة لعدم مقدرتهم على فهم الحالات العقلية للآخرين ، وبالتالي فالمشكلات الاجتماعية هي نتيجة للعجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية للآخرين ، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل.

ويشير (Connor , Mike , J ,2000:p5): إلى أن نظرية العقل تعتبر أساسية لفهم وتفسير والتنبؤ والتعامل مع سلوك الآخرين ، حيث أن معظم الأطفال الصغار يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل مع عمر ١٨ شهراً من خلال الانشغال بلعب رمزي واستعمال الأشياء لتمثيل أشياء أخرى غير الشيء التي تمثله ، مع عمر ثلاث سنوات فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق بين الحالات العقلية الخاصة بهم وحالات الآخرين العقلية ويبدو أنهم يفهمون يدرك الآخرون ويعرفون أن الأفراد يختلفون في ماذا يرون ، ويعرفون ، ويتوقعون ويفضلون ، ويريدون مع عمر أربع إلى خمس سنوات فإن الأطفال يفهمون المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين الظاهر والحقيقة ويفهمون مفاهيم الرغبة والتوتر ويفهمون بأن أفعال الأفراد نتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم ونصائحهم.

وفي حالة الأطفال التوحديين فإن سمات الفشل تقيم نظرية العقل غالباً وحتى عندما يسلكون بشكل مناسب على مهمات معرفية أخرى في حالة الأطفال من سن (٣- ٤) سنوات ، حيث غياب نظرية العقل ربما يجعل الأمر صعباً على الأطفال التوحديين على الفهم والتعامل مع العالم الخارجي والتواصل بشكل مناسب مع الآخرين ، وسلوك اللعب الغريب للأطفال التوحديين وخصوصاً غياب اللعب الرمزي ربما يمثل عدم القدرة على فهم أي شيء ، ولكن الحقائق المجردة قبلها.

النظرية السلوكية :

تفترض هذه النظرية أن المشكلات السلوكية التي يعانى منها الأطفال التوحديين هي مشكلات أولية وتسبب مشكلات اجتماعية ، حيث يرى البعض أن المشكلة الرئيسية تتمثل في تغيير ودمج المدخلات من الحواس المختلفة تقوم على عدم وجود تكامل بين الحواس بعضها ببعض وتتسم بالصفات الآتية :

-زيادة في الاستقبال الحسي للحاسة الواحدة.

-نقص في الاستقبال الحسي للحاسة الواحدة.

-زيادة ونقصان للاستقبال الحسي.

-استقبال القناة الواحدة.

-إثارة حاسة واحدة تؤدى إلى استثارة حواس أخرى.

. (Sandy Shaw,2006:p31)

وتشير (فرث) : إلى أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية رئيسية ولكنه نتيجة لعيوب إدراكية متعددة وهذا البحث أدى إلى أنواع مهمة من العلاج التي تطوق العيوب المعرفية والسلوكية ، وبعض المعالجين السلوكيين علموا الأطفال التوحديين بعض التعبيرات الانفعالية المختلفة ولغة الإشارة اعتماداً على استغلال حساسيتهم للحس والحركة وعدم حساسيتهم للكلام المنطوق ، وذلك بواسطة معززات مكافئات العلاج السلوكي (Firth,2007:p90).

النظرية الإدراكية :

تشير (هدى أمين ، ١٩٩٩) : إلى أن أنصار هذا الاتجاه يروا أن التوحد بسبب اضطراب إدراكي نمائى فالطفل التوحدى يعانى من انخفاض في القدرات العقلية المختلفة ، والتي ترجع بدورها إلى انخفاض في قدرته على الإدراك بالإضافة إلى اضطراب في اللغة ، كما ترجع بعض الدراسات أسباب التوحد إلى الخلل الحادث في الإدراك وعدم تنظيم الاستقبال الحسي مما يعوق قدرة الطفل على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى على البيئة ، كما تحد من قدرته على التعلم والتكيف مع البيئة وينعزل وينغلق على ذاته ولوحظ أن معظم أطفال التوحد لديهم إعاقات في واحدة أو أكثر من حواسهم ، هذه الإعاقات يمكن أن تشمل السمع واللمس والتذوق والاتزان والشم والإحساسات العميقة ، وهذه الإحساسات قد تكون زائدة الحس أو ناقصة الحس ، وكنتيجة لذلك قد يصعب على أطفال التوحد معالجة الإحساسات القادمة إليهم حاملة معلومات غير صحيحة ، فبعض أطفال التوحد يتجنبون معظم أشكال الاحتكاك الجسماني.

النظرية الحركية :

تشير (كريستين نصار ، جانيت يونس ، ٢٠٠٩) :إلى أن الدراسات التي قارنت بين أطفال توحديين مع آخرين كشفت عن وجود ازدياد دال في مظاهر الاختلال الوظيفي العصبي ، وعلى مستوى وضع الجسم ، وتبين أن الاختلال عند التوحديين يطال الوضعيات البسيطة أكثر مما يطال الوضعيات المعقدة ، ويدوم مع الوقت ويترابط مع حدة التوحد ، وباختصار يمكن القول بأن البعض أشار إلى وجود تشوهات ومظاهر تأخر في هذا المجال ، ربطها هو بالوظائف التنفيذية وربطها آخرون باختلال سلوكيات التقليد ، وقد تؤثر اضطرابات الحركة على النمو في مجالات أخرى وخاصة مجال العلاقات الاجتماعية.

ويرى (رفعت محمود بهجات ، ٢٠٠٧) : أن السمات الحركية الخاصة جداً تعكس علاقة أصحاب التوحد بالآخرين وبالعالم المحيط بهم ، فعدم ارتباط طفل التوحد بالآخرين يجعل جسده يبدو متصلباً عندما يتجه نحو شخص آخر أو عندما يحمل شيئاً معيناً كما تتضمن هذه السمات الحركية لطفل التوحد صعوبات التقاط أو رمى كرة ما موجودة أسفل الذراع وصعوبات عمل كعكة يطبطبها الطفل براحة يده وصعوبات في ارتشاف أو كشط الطعام من معلقة أمامه ، فكل هذه الصعوبات تمثل مظاهر لسوء النمو الحركي لدى أطفال التوحد.

ولذلك فقد تعددت الدراسات والأبحاث التي تحاول معرفة الأسباب المؤدية للتوحد وذلك بسبب التداخل مع حالات قصور الدماغ وحالات مضطربي التواصل مما يجعل الغموض يحيط به في كافة جوانبه إلى الحد الذي جعل هناك أسباب متعددة لحدوث التوحد فمنها نفسية ، عضوية ، أُسرية ، سيكودينامية نيورولوجية على النحو التالي :

أ-العوامل النفسية والأسرية *psychological Factors* :

يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وإلى شخصية الوالدين غير السوية وأسلوب التربية الذي يسهم في حدوث الاضطراب كما وجد أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي والوسواسية والعزوف عن الآخرين والميل إلى النمطية ، ونتيجة لهذا الجمود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الأسرى عامة يؤدى إلى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة من خلال العلاقات الداخلية في الأسرة (رشاد عبد العزيز موسى ،٢٠٠٢: ٤٠٧).

ويرى صلاح عراقي (٢٠٠٦: ٢٢٣) . أن ما يتوقعه الأطفال وما ينتظرونه من أسرهم وبيئاتهم أثناء عملية التنشئة الاجتماعية ومراحل النمو المختلفة إنما يلعب دوراً هاما في كيفية إدراك الأطفال للمناخ الانفعالي داخل أُسرهم وفي كيفية تفسيرهم وإدراكهم لجوانب الحياة المختلفة.

كما يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد ترجع إلى تفاعلات الطفل مع الآباء حيث يوضح(كاتر) إن علاقة الآباء غير المستحبة والباردة مسئولة عن نمو إعاقة الأوتيزم .(sue,et,al,1994: 504)

وتشير (لورنا وينج ، ١٩٩٤) : إلى أن" كانر "" Kanner" اعتقد بأن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدى الكلاسيكي هما الآساس في المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات الأخرى غير الطبيعية فقد كتب (لوكانر) بأن جميع آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبله كانوا من ذوى التحصيل العلمي العالي لكنهم كانوا غريبي التصرف مفرطي الذكاء صارمين منعزلين جديين يكرسون أوقاتهم لمهنهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم.

ويرى كوهين وباتريكن (٢٠٠٠) ، كايل ونيلسون (Kail &Nelson,1993: 442) :أن النظريات النفسية المفسرة لهذا الاضطراب لم تعد مقبولة في الوقت الحالي ، فبالرغم من أن كثير من آباء الأطفال التوحديون ذو ذكاء مرتفع وطبقات اجتماعية عالية ،إلا أن هذا الاضطراب يقع في جميع مستويات الذكاء والطبقات الاجتماعية.

ولقد حدد كل من دينيس وكانتويل Dennis&Cantwell أربعة عوامل أساسية من العوامل التي تساهم في إيجاد التوحد هي: -

-اضطراب نفسي عند الوالدين أو انحراف في الشخصية .

-ضغوط قاسية وعنيفة وأحداث مصدمة في بداية حياة الطفل .

-انحراف في التفاعل بين الوالدين .(نادية إبراهيم : ٢٠٠٢: ٦٨-٦٩).

ومن الدراسات التي تؤكد على دور العوامل النفسية في الإصابة بالتوحد الدراسة التي قام بها Burd kerbeshan (١٩٩٨) ، والتي هدفت إلى التعرف على التفاعل بين العوامل النفسية والعصبية في التوحد من خلال دراسة لحالة طفلة تعانى من التوحد عمرها (٢٢) شهر ، يشير تاريخ الحالة إلى قيام الوالدين برحلة تركوا فيها الابنة مع الجدة وظلت الطفلة تبكى من (٨: ٩) ساعات وتردد كلمات ماما ذهبت حتى نامت وعندما استيقظت في ذهبت إلى النافذة وكررت أمي ذهبت ، وبعدها بساعة أصبحت هادئة ، وتتجنب التفاعل مع أعضاء الأسرة وفي اليوم التالي توقفت عن الكلام وبدأت أعراض التوحد الأخرى عليها كالحملقة واللعب بشكل غير مميز ، ورغم عودة الأم والأب استمرت الحالة وعندما وصلت إلى سن ثلاث سنوات لم تتغير وأصبحت مدمرة وغير قابلة للتعديل ، وفي سن أربع سنوات دخلت المستشفي ورغم تحسنها من خلال العلاج إلا أن التوقف عن الكلام وفرط الحركة ظلا ملازمين لها حتى سن (٦) سنوات وقت كتابة التقرير عن حالتها ، وهذه الحالة تؤكد على دور العوامل النفسية في حدوث الذاتوية (إلهامي عبد العزيز إمام ،١٩٩٩).

وتذكر (ميريلا كيارايد ،١٩٩٢ : ٧٣) : إن العوامل النفسية تساهم في إبراز أهمية التكوين الأول لشخصية الطفل كما يبرر مدى احتياج الطفل لبيئة هادئة ومريحة يستطيع فيها أن يخوض تجربة إيجابية من خلال لقائه مع الأشخاص الذين يوفروا له الحماية ويشبعون احتياجاته كما يساعدونه على اتساع أفقه ويطلقون له العنان ليتحرك بحرية.

ويشير كل من (عبد المجيد سيد احمد ، زكريا الشربينى ،١٩٩٨) : إلى أهمية النمو النفسي البشرى وأنه حصيلة نتائج عوامل تتداخل مع بعضها البعض تؤثر على المظاهر الجسمية والنفسية والاجتماعية حيث يظهر آثار هذه العوامل أثناء الحمل ، وبعد الميلاد وفي امتداد حياة الإنسان ، والأم هي الوعاء الذي ينمو بداخله الجنين وبهذا فإن الرعاية الصحية والنفسية والحالة الجسمية التي تكون عليها الأم أثناء الحمل تؤثر بدرجة كبيرة على الجنين داخل الرحم وبعد ولادته أيضا فالخوف والغضب والتوتر والقلق كلها انفعالات تؤثر في الجهاز العصبي للأم ويؤثر ذلك في النواحي الفسيولوجية مما يؤدى إلى اضطراب في إفراز الغدد وتغير التركيب الكيميائي للدم مما يؤثر بدورة على نمو الجنين كما أن اتجاهات الأم نحو الحمل تؤثر على توفير شروط مناسبة للجنين.

كما أشار (محمد سيد موسى ، ٢٠٠٧) : إلى أن هناك احتمالات ووجهات نظر حاولت تفسير التوحد ، فظهرت وجهة النظر الاجتماعية التي تشير إلى أنه اضطراب في التواصل الاجتماعي نتيجة لظروف البيئة الاجتماعية غير السوية التي ينتج عنها إحساس الطفل بالرفض من قبل الوالدين وفقدان الآثار العاطفية منهما مما أدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به ، في حين يفسرها النموذج النفسي على أنها شكل من أشكال الفصام المبكر الناتج عن وجود الطفل في بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسي.

ب-العوامل البيولوجية / جينية (وراثية) *Genetic Factors* :

تشير (كريستين نصار ، جانيت يونس ، ٢٠٠٩) : إلى أنه في ضوء التطور الحاصل على مستوى تقنيات التحليل ، تمكن العلماء من تأكيد الدور التي تلعبه الوراثة في حدوث زملة التوحد ، فبنظرهم هناك سلسلة من البراهين التي تشير إلى مساهمة العوامل الوراثية في أبحاث التوحد وأهمها :

تشابه نسبة الذكور / الإناث في كل البلدان بغض النظر عن المستوى الثقافي والاجتماعي.

ارتفاع احتمال ظهور حالات التوحد مع ارتفاع درجة القرابة من الجمهور العام (داون ١% ، توحد ٣% ، اضطرابات تغزو النمو ١٠%) عند إخوة وأخوات المتوحد ، ٦٠ - ٩٠ % عند التوائم المتماثلة.

ويشير(عادل عبد الله محمد ، ٢٠٠٤) : إلى أن نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار تشير إلى أن العوامل ذات الجذور الوراثية أو الجينية تعد من أهم العوامل المسئولة عن حدوث اضطراب التوحد

ومن أهم العوامل التي تؤدى إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدى في الوقت ذاته إلى إعاقة أخرى كالإعاقة الفكرية على وجه التحديد ما يلي :

١- حالات التصلب الدرنى للأنسجة *Tuberous Sclerosis*

٢- حالات الفينيلكيتونوريا *Phenyl Ketonuria*

٣- حالات كروموزم X الهش *Chormosome X Fragile*

ومن المعروف أن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية في أساسها وهى مع اعتبارها كذلك فإنها كحالة هي التي تعد وراثية ، أما ما ينتج عنها وهو التلف الذي يلحق ببعض خلايا المخ فهو دون شك لا يعد وراثياً.

ويعتقد (لويس كامل مليكة ،١٩٩٨: ٢٦٧-٢٦٨) : أن عدم الاتساق الإدراكي هو الخلل الوظيفي الأساسي في الأوتيزم مع وجود آفات في المناطق الشبنية والدهليز وجذع الدماغ وينظر إلى الشواذ الإكلينيكية بعرضها نتيجة شواذ في مدخلات التشغيل الحسية أو في المخرجات الحركية في هذه المناطق وثمة نظرية أخرى تعتقد أن التوحديون يفشلون في تنمية التخصص النصف كرى وبخاصة في ضوء القصور الذي يعانونه في الوظائف اللغوية والوظائف المعرفية الأخرى المرتبطة بالنصف الكروي الأيسر ، ورغم أنهم أقل قصوراً في وظائف النصف الأيمن والمتضمنة في محاولة بين الأعراض السلوكية المختلفة بطرق الاستنتاج الإكلينيكي وبين المناطق الآتية في الدماغ

وتشير (سها أحمد نصر ، ٢٠٠٢) : إلى أن بعض الدراسات الحديثة أثبتت أن هناك علاقة وطيدة بين التوحد وشذوذ الكروموسومات وأشارت إلى وجود علاقة ارتباطيه وراثية محددة مع التوحد فقط وهذا الكروموزوم Fragile X Syndrome ويعتبر Fragile X شكلاً وراثياً حديثاً مسبباً للتوحد والتخلف العقلي وأيضاً له دور أساسي في حدوث مشكلات سلوكية مثل النشاط الذائد والعنف والسلوك الأناني ويظهر عند الأشخاص الذين لديهم كروموزوم X. F وتأخر في التواصل اللغوي بشكل شديد ، وتأخر في النمو الحركي والمهارات الحسية بنسبة ضئيلة ، وهذا الكروموزوم يكون شائع بين الذكور أكثر من الإناث ويؤثر في حوالي ١٠% من حالات التوحد.

ويلخص (عادل عبد الله ٢٠٠٤ Robert-L, Kogel, Other, 2003 P. 209-21 5 **)) دور العوامل الوراثية في حدوث الاضطراب التوحدى في النقاط التالية :**

-الشذوذ الكروموزومى وخاصة الكروموزوم رقم ١٣ يؤدى إلى هذا الاضطراب

-اشتراك عدد من الجينات يتراوح بين ٣-٥ جينات في حدوث التوحد وتتوزع هذه الجينات على عدد من الكروموزومات المختلفة

-أن محيط الرأس لدى أطفال التوحد يكون أكثر من مثيله لدى أقرانهم العاديين ، وقد وجد أن هناك علاقة سلبية بين كبر محيط الرأس والوظائف اللغوية والتنفيذية

-أن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجى بالمخيخ لديهم إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي

نقص طول ومحيط المخ Brain stem **لدى الأطفال التوحديين .**

عدم وجود جزأين أساسين من أجزاء جزع المخ لديهم يتمثل أولهما في النواة الوجهية *Facial nucleus* **التي تتحكم في عضلات الوجه والتي تكون مسئولة عن التعبير غير اللفظي ، والثانية تتمثل في الزيتونة العليا** *Super olive* **وهى التي تلعب دوراً هاماً في توجيه وتوزيع المعلومات المرتبطة بالمثيرات السمعية.**

نقص عدد كبير من الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه

كما توصلت دراسة كامبل وآخرون *Capbell* Bravaccio, *Militemi*, *Ebert*, *Sutcliffe* *et al.(2006)* **إلى دور الوراثة في الإصابة بالتوحد ، حيث تشير نتائج دراسة أسرية للتوحد شملت (١٢٣١) أسرة إلى وجود جين (** 7q31 **) يقع على الكروموسوم رقم (٥) ويساهم في حدوث الإصابة بالاضطراب التوحدى ، حيث أن كل إنسان في العادة يحمل نسختين من الكروموزوم (٥) ويرث نسخة من الأب ونسخة من الأم ، ومن الملاحظ أن كروموزوم (٥) يمتد في حوالي ١٨١ مليون من لبنات الحمض النووي ، وتمثل هذه النسبة ما يقارب من ٦% من مجموع الحمض النووي في الخلايا بصفة عامة.**

ولقد لاحظ العديد من الباحثين في مجال الجينات أن كثيراً من الأمراض الوراثية مرتبطة بعدة تغيرات تحدث داخل الكزوموزوم (٥) وأن هذا الارتباط بين الأمراض الوراثية ، وبين بعض التغيرات التي تحدث داخل الكروموزوم (٥) ساعد في الكشف عن وجود ارتباط بين هذا الكروموزوم وبين بعض الأمراض الغير معلومة الأسباب ، وقد ارتبط كروموزوم (٥) بالعديد من الأمراض مثل التهاب الأمعاء كما أن التغيرات في عدد أو بنية هذا الكروموزوم يمكن أن يكون لها مجموعة متنوعة من الآثار ، بما في ذلك تأخر النمو وملامح الوجه المميزة والعيوب الخلقية وغيرها من المشكلات الصحية ، كما كشفت دراسة جديدة في مجال الكروموزومات أن هناك علاقة بين الكروموزوم (٥) والتوحد حيث وجدت جين معين يسمى (*SEMA5A*) أو (*semaphring 5A*) هو المسئول عن تمكين الخلايا العصبية من تحقيق أهدافها وربما يكون له دور في اضطراب التوحد وفي دراسة قام بـها مورتون وآخرون ١٩٩٧ Morton, et al . على طفل عمره عامان يعانى من الأوتيزم ، كشفت أشعة الرنين المغناطيسي وجود إصابة شديدة في الفص الدماغي الأيمن ، وفي دراسة أُخرى قام بها كاتس ١٩٩٨ للتعرف على الفروق التشريحية العصبية والمعرفية العصبية *Neuranatomical and neurocognitive* بين زوجين من التوائم المتماثلة من المصابين بالذاتوية ،تم عمل رنين مغناطيسى وتحليل كمى لتشريح المخ ، كشف أن التوائم المصابة لديها سبب ملحوظ في حجم كل من نواة الكودات *Caudate* والأميجدال *Amygdaloid*. والحصين *Hippocampal* وصغر حجم القصيصات الفرمية في المخيخ *Cerebellar vermis lobules* وذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح أعمارهم ما بين (٣,٥-٦,٥) سنوات (إلهامى عبد العزيز إمام ١٩٩٩: ٤٥-٤٦) .

وفي دراسة لسميرة السعد (١٩٩٨: ١٣٥) وأُخرى لرفعت بـهجات (٢٠٠٧: ٤): أكدا أن أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية ورئيا أن الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة أثناء الحمل أو تلفا في المخ أثناء الحمل أو الولادة قد يكونوا أسباب لاضطراب التوحد.

ويشير دايكن وماكملان (Dyken&Mac Malan) ١٩٩٣: إلى أن تعرض الأُم لمشاكل قبل الولادة مثل التعرض للحصبة الألمانية أو الولادة المبكرة أو إدمان الأم للكحوليات أو تعرضها لمشاكل أثناء الولادة نفسها كنقص الأكسجين كلها أسباب لإصابة الطفل بالتوحد وبعد تطوير تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي ظهرت اختلافات في المخ والمخيخ لدى التوحديون عن الأطفال الطبيعيين فقد اكتشفت ضمور في بعض الفصوص المخية

ولقد أدى الاهتمام بالعوامل البيولوجية إلى تأسيس وعمل بنوك للمخ والأنسجة التي تجمع من الأشخاص التوحديون المتوفون حديثا ، وجعل هذه الأنسجة متاحة للبحث وهو ما أشار إليه(Zielke,et al 1996) .

ويعتقد العلماء أن للتوحد أساسا جينياً ، ودراسات التوائم والدراسات العائلية تمدنا بدليل قوى على ذلك ، ولا يزال الباحثون يحاولون إيجاد الجينات المسببة في العائلات والتي تجعل أحد أعضائها أو أكثر توحديون ، بالرغم من إنه من النادر أن يوجد في العائلة أكثر من طفل واحد مصاب بالتوحد . فريت (Frith: 2003: 70) .

ويشير (Brill, 2001: 18) : إلى إن الدراسات الأولية أشارت إلى إمكانية أن يكون الكروموزوم رقم ١٣ هو المحدد للأوتيزم بينما تشير دراسات متشابهة إلى الخلل في كروموزوم رقم ٧ والمرتبط كذلك بقصور اللغة والحديث . ويوجد عدد من الاختبارات الأخرى التي تدعى وجود حوالي ٢٠ جينا مختلف مرتبط بالتوحد .

من خلال ذلك نجد أن الأسباب البيولوجية للتوحد جاءت من خلال الدراسات التي اهتمت باضطراب التوحد وبعد ما جاء عن العوامل النفسية والأسرية في أنها لم تجد ما يبررها لأن تكون أسباب مباشرة لاضطراب التوحد حيث تؤكد النظرية البيولوجية على أن السبب للتوحد هو اضطراب غير طبيعي وشديد في الدماغ نتيجة انتقال الجينات من الأهل إلى الطفل أو نتيجة تأثيرات على الدماغ مثل الإصابة بالحصبة الألمانية أو انخفاض وزن الجنين وقد دعم ذلك وجود التوحد مترافقا مع أعراض عصبية أو عقلية .ومن خلال ذلك نستطيع أن نقول أنه لا يوجد حتى الآن دراسات وافية في هذا المجال وأيضاً لا يوجد سبب واحد معروف لحدوث هذا الاضطراب التوحدى .

ويشير (رشاد عبد العزيز موسى ، ٢٠٠٢) : إلى أن هناك من يعزى الإصابة بالأوتيزم إلى خلل في بعض الجينات حيث ربطوا بين الأوتيزم وضعف نوع معين من الكروموسومات حيث أن اضطراب هذا الجين يسم بنحو ٥، ١٦ % من الإصابة بالأوتيزم ، كما تبين أن ٢% من أسر الأطفال المصابين بالأوتيزم يعانى اثنان من أقاربهم من الأوتيزم كما تبين أيضاً ارتفاع نسبة انتشار الأوتيزم بين التوائم المتماثلة عن التوائم الأخوية .

هذا وقد وجد أن من بين الأطفال الذين يعانون من حالات x الهش x Fragile وهما إعاقتان ثبت أن لهما أساسا وراثياً ولكن نظراً لغياب عمليات المسح حتى الآن لم يتم معرفة نسبة الأطفال الذين يعانون من الإعاقتين معاً وإذا أخذنا في الاعتبار أن هناك تشابهاً بين الإعاقات الثلاث فهل يوحى هذا بأن التوحد موروث ؟ ... وفي عام ١٩٨٨ قامت جامعة لوس انجلوس بولاية كاليفورنيا بمسح في ولاية بوتا على عينة من ٢٧ أسرة وجد أن من بينهم ٢٠ أسرة (٧، ٩%) لدى كل منها أكثر من طفل يعانى من التوحد كما وجد أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال الذين يولدون إخوة لأطفال يعانون من التوحد يصل إلى ٥، ٤ % بينما ينتشر التوحد في المجتمع الأمريكي عامة بنسبة أقل من ذلك بكثير (من ١٠ – ٢٠) حالة من بين عشرة آلاف مواطن ، وبذلك يتضح من الإحصاءات التحليلية لهذه الدراسة أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لإخوة يعانون من التوحد في أسرهم يزيد ٢١٠ ضعفاً عن انتشاره بين أطفال المجتمع العام (Howlin , 1998 , p 39) .

ويعنى ذلك أن احتمال ولادة أطفال توحديين أكثر بكثير عندما يكون لهم اخوة يعانون من التوحد ، وقد ثبت ذلك في دراسة أخرى حيث وصلت النسبة إلى ٦، ٨ % وإذا كان الطفل المعوق الأول ذكراً فإن هذه النسبة تكون ٧ % ولكنها ترتفع إلى ٥، ١٤ % إذا كان الطفل السابق أنثى (Barly et al.1998,62-66).

ويشير (*National Center For Autism, 1986, p 77*) : في دراسة إلى أنه وجد أن التوحد منتشر بنسبة ٩٦% في أزواج التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) وبنسبة ٢٧% بين أزواج التوائم المتشابهة (من بويضتين) وفي هذه الدراسة نقطة ضعف وهى أن أصل التوائم من بويضة أو بويضتين لم يكن معروفاً عن يقين إلا في ٥٠% من أفراد العينة .

كما افترضت دراسة (Bower 2000) : وجود جين وراثي يتسبب في إصابة الطفل باضطراب التوحد وتوصلت نتائجها إلى الجين الوراثي المعروف باسم (هوكسال) قد يكون من أحد الأسباب الفعلية في حدوث الاضطراب التوحدى أو قد يجعل الأطفال على الأقل عرضة للإصابة ببعض الاضطرابات الأخرى المشابهة للتوحد (Bower,2000,p39) .

ج-العوامل البيولوجية / العصبية :

يؤكد أدلسون (Edelson S , 1998) أنه من خلال فحص أدمغة الموتى من التوحديين وجد منطقتان في الجهاز الطرفي *Limbc System* كانا أقل تطوراً وهما اللوزة *Amygdala* والفصين *Hippocam Pus* ، وهاتان المنطقتان مسؤلتان عن العواطف *Emotion* والعدوان *Aggression* والمدخل الحسى *Sensory Input* والتعلم ، كما وجد أيضاً نقص في خلايا بركينج *Parkhnie* وفي المخيخ *Cerebellum* مستخدمين التصوير بالرنين المغناطيسى (*M.R.I*) كما وجد أن منطقتان في المخيخ والفصيصات الفرمية ٦*Vermal Lobules* ، ٧ حيث كان أصغر بدلالة إحصائية عن الأسوياء ، ومن المثير للاهتمام أن بعض الأفراد التوحديين لديهم فصيصات فرمية ٦ ، ٧ أكبر من الأسوياء *(Edelson ct. al. , 1998,)*

ويشير(إلهامى عبد العزيز إمام ، ١٩٩٩) : في دراسة قام بها مورتون وآخرون (*Morton Etal 1997*)على طفل عمة عامين يعانى من الأوتيزم كشفت أشعة الرنين المغناطيسى وجود إصابة شديدة في الفص الصدفي الأيمن وفي دراسة أخرى قام بها كاتس (Kates, et al.1998) للتعرف على الفروق التشريحية العصبية والمعرفية العصبية *Neuranatomical And Neurocognitive* بين زوجين من التوائم المتماثلة من المصابين بالذاتوية تم عمل رنين مغناطيسى وتحليل كمي لتشريح المخ كشف أن التوائم المصابة لديها سبب ملحوظ في حجم كل من نواة الكودات *Caudate* والأميجد الويد *Amygdaloidal* والحصين *Hippocampus* وصغر حجم الفصيصات الفرمية في المخيخ *Cerebella Vermis Lobules*وذلك مقارنة بعينة من أطفال أسوياء تتراوح أعمارهم من ٥ ،٦ – ٨ ،٣ سنة .

وتشير (سميرة عبد اللطيف السعد ، ١٩٩٢) : إلى أن العديد من الأبحاث تشير إلى أن التوحد متعلق بأشكال إعاقات عصبية محددة بالرغم من أن الضعف العصبي المحدود نفسه مازال محيراً ولم يعرف بعد ، وقد بين العديد من الباحثين علاقة عصبية ظاهرة مع التوحد بالرغم أن هذه العلاقة المحددة بالإعاقة مازالت غير واضحة ، وأن الأطفال التوحديين لديهم إشارات عصبية تظهر في الرسم الكهربائي للمخ أكثر ليونة من الأطفال العاديين ، وتقرر الدراسات أن بين ٤٠ – ١٠٠% من الأطفال التوحديين يظهرون على الأقل واحدة من هذه الإشارات.

كما أن الأشخاص التوحديين لديهم أيضا احتمالات عالية في ظهور إشارات غير طبيعية في فحص الرسم الكهربائي للمخ (EEG) ودلت الدراسات على أن (EEGS) غير طبيعية في ٢٠ – ٦٥% من الأطفال التوحديين توصف بميلان حاد أو نوبات من موجات حادة منطلقة بالإضافة إلى EEG غير الطبيعي للأطفال التوحديين فإن لديهم إمكانية حدوث نوبات الصرع .

ويعتقد (رمضان القذافي ، ١٩٩٤) : أن الاضطراب العضوي الذي يصيب بعض مراكز المخ قد يؤدى إلى إحداث خلل في وظائف تلك المراكز ، وخاصة في مجالات الإدراك والتوافق الحركي.

ويشير (حسنى إحسان الحلواني ، ١٩٩٦) : إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطراب عصبي نيورولوجى أو وظائف بعض أجزاء المخ المحددة أو التي تمثل ساق المخ والمخ الأوسط ، والفصوص الجبهية للقشرة المخية ، وهذا الاضطراب الوظيفي ينعكس في صورة اضطراب للمهارات الانفعالية وعمليات الإحساس والقدرات المعرفية واللغوية.

كما أثبتت دراسة (إيمان أبو العلا ، ١٩٩٥) : أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي يشير إلى احتمال وجود دور لجذع المخ في حالات التوحد كما أنها توجد اضطرابات في أسفل المخ والجهد المستثار لهؤلاء الأطفال بنسبة كبيرة ، ولكنها اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث.

وكشفت النتائج في الدراسة التي قام بها (كاوسكى ١٩٩٧) بهدف التعرف على اختلال وظائف المخ لدى ١٥٨ مريضاً بالأوتيزم من خلال فحص تغيرات غير طبيعية في رسم المخ الكهربي وللتعرف على نشوء مرض الصرع في المراهقين المصابين بالذاتوية أن ٥، ٤٧ من المرضى لديهم هذه التغيرات غير الطبيعية في المنطقة الجبهية في المخ (Kawasaki et al.1997).

وقد أشارت عدد من الدراسات إلى وجود علاقة بين الإصابات المرضية التي تسبب تلفاً في الجهاز العصبي المركزي إثناء مدة الحمل ومرحلة الطفولة وبين اضطراب التوحد ومن هذه الإصابات فيروس الهربس ، والحصبة الألمانية ، والتعرض للأشعة.

فيروس الهربس:

يشير (إيهاب الببلاوى ، ٢٠٠٩) : إلى أن هذا الفيروس هو الذي يسبب تكون حويصلات مائية حول الشفاه عند الإصابة بالبرد ، والأنفلونزا ، وقد يسبب هذا الفيروس نفس الإصابة حول فرج المرأة الحامل (الهربس الجنسي) حيث يكون مصدراً لعدوى المولود بمرض الهربس ، ولذلك يفضل الأطباء إجراء عملية قيصرية للمرأة التي تحمل المرض لتحاشى إصابة المولود عند ولادته ، وإذا أصيب المولود بعدوى الهربس فإنه يصبح عليلاً ، وقد يصاب بالإعاقة الفكرية ، أو التوحد واليرقان وتضخم الكبد والطحال والنزيف ، وإصابات في الشبكية ، وقد تؤدى عدوى الهربس إلى حدوث تشوهات في المواليد مثل : صغر حجم الرأس ، وصغر مقلة العين كما قد تسبب التهابات في المخ ووفاة المولود ، وتبلغ نسبة وفيات المواليد بسبب الإصابة بالهربس في حالة إصابة الدماغ حوالي ٩٥% ، وتلك التي تنتشر في الجسم دون الدماغ ٩٢% أما إصابة الجهاز العصبي دون الدماغ فتبلغ ٩٥%، وتبلغ الوفيات ١٦% إذا كانت الإصابة في العين وغيرها من الأجهزة المجاورة ، أما إذا أصيب الجلد والفم فقط فتنخفض الوفيات إلى ٢%.

الحصبة الألمانية :

وتشير (وفاء على الشافعي ، ٢٠٠٤) : إلى أن البحوث والدراسات أكدت أن تعرض الأم للعدوى بالحصبة الألمانية خلال شهور الحمل الأولى ، فإن ذلك يودى إلى حدوث اضطرابات في السمع وفقدان وزن المولود وتضخم الكبد والطحال والتهاب الكبد واليرقان ونقص الصفائح الدموية الذي يؤدى إلى حدوث النزيف والمياه البيضاء في العين وسوء تكوين القلب وصغر حجم الرأس والإصابات الجلدية والإعاقات الفكرية وارتفاع في الضغط الداخلي للعين وصغر مقلة العين واعتلال الغدة الليمفاوية ، وقد وجد أن نسبة الإصابة بهذه العيوب تكون أعلى إذا أصيبت الأم الحامل بالحصبة الألمانية في الشهر الأول لأكثر من ٧٠% من الأجنة وتنخفض الإصابة إلى أقل من ٥٠% في الشهر الثاني ، أما إذا حدثت الإصابة في الشهر الثالث فلا تزيد نسبة إصابة الأجنة عن ١٠ - ١٥ % ، ولكن عيوب نمو الجهاز العصبي على المستوى الوظيفي تستمر في الظهور.

التعرض للأشعة :

يشير (إبراهيم بدر ، ٢٠٠٤، Nicola, B., et al 2003 : p. 17 – 25) إلى: أن تعرض الأم الحامل للأشعة السينية المختلفة في المستشفيات والعيادات يؤدى إلى طفرات في الموروثات وإلى تزيغ بالصبغات (الكروموزومات) وإلى نتقان في النمو داخل الرحم وخارجه وإلى تشوهات خلقية تؤدى إلى إجهاض الجنين أو وفاته أو إصابته بتشوهات خلقية ، وتعتمد شدة إصابة الجنين أثناء الحمل على عدة عوامل منها :

كمية الأشعة التي تتعرض لها الأم الحامل ، ومدة التعرض لها.

مدة الحمل ، فالتعرض للأشعة في بداية الحمل تؤدى إلى صغر الدماغ والشفة المشقوقة والإعاقة الفكرية ، وتشوهات بالعظام والعمود الفقري والصرع ، أما التعرض للأشعة في وسط الحمل ونهايته تعرض الجنين للإصابة بسرطان الليوكيميا في سن الطفولة.

مكان التعرض للأشعة مثل الشريان الرئيسي للجسم وشريان البطن والقناة البولية في المثانة فهذه المناطق من الممكن أن تنقل إلى الجنين نسبة عالية من الإصابة.

وقد أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير الرنين المغناطيسي MRI.

وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ وعدد معين من خلايا بوركينجى.

أن من ٢٠ – ٢٥ % من أطفال التوحد يظهرون اتساع البطينات الدماغية.

أن أجزاء من المخيخ في ٨٢ % من حالات التوحد غير كاملة.

شذوذ في تخطيط الدماغ بنسب متفاوتة في حوالي ١٠ – ٨٣ % من أطفال التوحد.

وجود تلف في الفص الصدغي *Temporal* وهذا الفص يوجد في مراكز التفاهم والتفاعل الاجتماعي ومن هنا يمكن الربط بين هذا التلف العضوي وإعاقة التوحد.

تشوه أو زيادة في سمك طبقة القشرة المحيطة بالمخ.

وجود خلل في نسيج مركز ساق المخ الذي يعرف باسم النظام الشبكي النشيط.

د- العوامل البيوكيميائية *Biochemical Factors* :

يشير (لويس كامل مليكة ،١٩٩٨: ٢٦٨) إلى أن معظم الدراسات والبحوث في هذا المجال تتفق على أن مستوى السيروتونين في الدم المحيطي *Peripheral* أعلى لدى الأطفال التوحديون مقارنة بالأطفال الأسوياء إلا أنه يبدو أن السيروتيما *Serxotonemia* الموجودة في حوالي ٣٠ % من الأطفال التوحديون أكثر إرتباطا بأنخفاض مستوى الذكاء عنه بالأوتيزم في حد ذاته ، وفي عينة صغيرة من المرضى وجدت ارتباطات دالة بين *Hyperserotonemia* ، كما يوجد نقص في السائل المخي النخاعي :حامضي *Hydroxyindoleacetic Acid* وهو المستقلب السيروتينى الرئيسي *Main Serxotonin Metabolite*

كما أكدت عدة بحوث أخرى على وجود عوامل كيميائية في حالات التوحد ومن بينها بحث اجري في السويد (Piven, 1990) وتبين أن درجة تركيز حمض الهرموفانيلك أكثر ارتفاعاً في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشكوى *Cerebral Fluid* في حالات التوحد مقارنة بالأطفال العاديين كما لوحظت في دراسات اخرى زيادة في تركيز إحدى الناقلات العصبية وهى *Serotonin* في دم ٤٠% من الأطفال التوحديين وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار *Fenfulamine* لوحظ تحسن في الأداء اللغوي

وفي هذا المجال يستخلص كل من (عثمان فراج ،٢٠٠٣: ١٢) عادل عبد الله (٢٠٠٤: ١٧٣-١٧٤) مجموعة من العوامل البيئية والعصبية والكيميائية التي قد تلعب دورا ملحوظا في حدوث اضطراب التوحد هي :-

-التلوث الكيميائي وخاصة بمركبات المعادن الثقيلة كالرصاص والزئبق والزرنيخ.

-أحد صور التمثيل الغذائي مثل حالات pku ، أو مرض السكري.

-خلل أو قصور في الجهاز المناعي.

-تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو للإشعاعات.

-التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (x)، أو التسرب الإشعاعي أو استخدام النفايات النووية في الأسلحة الثقيلة.

-التعرض للأمراض المعدية ، وخاصة تعرض الأم الحامل لها ، وإصابتها بها أو تعرض الطفل لها في بداية حياته أو خلال عامه الأول.

كما يشير (عثمان فراج،٢٠٠٣: ٧) : إلى أنه قد زاد الاهتمام بالعوامل البيئية الكيميائية بعد الضجة التي أثيرت في أوائل التسعينات عندما أُكتشف أن عقار الثالومين الذي كان يستخدم بكثرة بين السيدات لتثبيت الحمل كان سببا لولادة أطفال يعانون من تشوهات جسمية أو تخلف عقلي أو صمم ، أو كف بصر بعد ولادتهم وتبين أن ٥% من ضحايا هذا العقار قد أصيبوا بالتوحد ، حيث تبين أن تأثير الثالومين يحدث في الأسابيع أو الأيام الأولى للحمل إذا تعاطته الأم بعد الإخصاب بفترة وجيزة ، وقد لا تكتشف الأم أنها حامل عند تناولها هذا الدواء في الأيام الأولى للحمل حيث يكون الجهاز العصبي في مرحلة بدء تخلقه (٢٠-٢٤) يوما من بدء الحمل.

كما ترى (زينب شقير ، ٢٠٠٤) ،(جمال القاسم وآخرون ، ٢٠٠٠): إن تزيد احتمالية ولادة طفل توحدى في حالات الولادة المتعثرة أو المعقدة وتجدد الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليم لاعتبارها مسببا أساسيا في وجود حدوث حالة توحد.

وفي دراسة قام بها كل من (Kan,patricia & Kan Edward 1998: 207-218) للتعرف على شذوذات الأيض *Metabolic aderrations* من خلال عينات لدم وبول ٥٠ طفل يعانون من التوحد وكشفت النتائج أن هناك ارتفاع ممزق بسلسلة طويلة من الأحماض الدهنية plly acids وهو ما تم تفسيره بأن تراكم الأحماض الدهنية لديه تأثيرات ضارة على المخ والغدد الصماء وأنظمة المناعة وكلها مميزة في الاضطراب التوحدى كما أن معدل البيتاانرورفت*Betaendorphi* (مواد تشبه الأفيونات وتفرز داخليا في الجسم) المناعية التفاعلية في البلازم التوحديين كانت ناقصة بدرجة دالة إحصائيا مقارنة بالأسوياء.

وفي دراسة قام بها (مكبريد وآخرون ١٩٩٨) : بهدف التعرف على تأثير التشخيص Diagnosis والسلالة Race والبلوغ على مستوى السيروتونين في الصفائح الدموية platelet في التوحد بين المتخلفين عقلياًMental Retardation تم قياس مستوى السيروتينين في الصفائح الدموية لدى ٧٧ من الأسوياء كمجموعة ضابطة و٢٢ من المتخلفين عقلياً أو لديهم إعاقة معرفية قبل البلوغ ، وأشارت النتائج إلى أن من بين أطفال ما قبل البلوغ الذين تم تشخيصهم كذاتويين زيادة في تركيز السيرتونين أكثر من الضابطة كما أشارت أيضاً إلى انخفاض معدل السيروتينين بعد البلوغ عن معدله قبل البلوغ ولم توجد فروق دالة بين السلالات المختلفة.

وتضيف (سميرة السعيد ،١٩٩٧) : إلى انه من أهم أسباب التوحد الإصابة بأمراض معينة كالاختلال في التمثيل الغذائي (الكيميائي) للخلايا والتكوينات غير الطبيعية ، حيث أن ٥% من أطفال التوحد يعانون من اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي للأحماض الأمينية (أحماض هاضمة) وتركيزات عالية من حمض اليوريك في البول ، وكذلك صعوبة في التمثيل الغذائي للبروتين الموجود في الحليب ومنتجات الحبوب إلا أننا حتى الآن لا نرى أسباب قوية للإصابة باضطراب التوحد حيث للآن يختلف العلماء في تحديد الأسباب التي لم تكن قاطعة فمنهم من يرجعها إلى العوامل الخارجية كملوثات البيئة مثل الزئبق والرصاص والمعادن السامة واستعمال المضادات الحيوية بشكل كبير أو التعرض للفيروسات أو الالتهابات وضعف المناعة وضعف التغذية ونقص مضادات الأكسدة ونقص قدرة الجسم على التخلص من السموم والمعادن السامة ، ونقص الأحماض الدهنية .ومنهم من يرجعها إلى العوامل الجينية الوراثية في حالة قابلية جينات الطفل للإصابة بالتوحد.

عوامل عضوية / بيئية :

يشير (عبد العزيز الشخص ، وزيدان السرطاوى ،١٩٩٤): إلى أنه يمكن تصنيف معظم النظريات التي تناولت مسببات التوحد الطفولي إلى ثلاث توجهات أساسية إما عضوية أو عضوية بيئية أو بيئية ، وتركز النظريات العضوية عموماً على العوامل الوراثية للطفل والتفاعل بين تلك العوامل الوراثية وبيئة الرحم أو بعض أشكال الإصابات أو الأمراض التي قد يتعرض لها الجنين قبل أو أثناء الولادة بفترة وجيزة وتفترض نظريات الطبع *Nature Theories* أن الطفل التوحدى يعانى من خلل عضوي وأن الوالدين أو غيرهم من المؤثرات البيئية ليست لهل تأثير يذكر على حالة الطفل وعلى العكس من ذلك فهناك نظريات التطبع *Nuryion Theories* التي تذهب إلى أن الطفل التوحدى يعد عادى من حيث الجانب العضوي غير أنه يتعرض لمؤثرات قوية في مرحلة مبكرة جداً من حياته تسفر عن إصابته بالاضطراب النفسي الشديد ويضع أصحاب هذه النظريات معظم مسئولية تعرض الطفل للاضطراب على الوالدين بصفة خاصة أما أصحاب النظريات التي تجمع بين الطبع والتطبع فيذهبون إلى أن حدوث التوحد ينتج عن تعرض الطفل الذي لديه استعداد عضوي لذلك لمؤثرات بيئة سلبية قوية مثل الحرمان العاطفي أو الرفض الوالدى الشدي.

بينما تشير (لورنا وينج ، ١٩٩٤) : إلى أنه فيما يتعلق بالعوامل العضوية أيضاً فهناك الأسباب الرئيسية لأمراض المخ المختلفة التي تقود إلى السلوك التوحدى ومثل هذه المسببات يمكن التعرف عليها لدى ثلث الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، فمن بين العديد منها نجد الالتهاب الدماغي *Ence Phalitis* في السنوات الأولى من العمر وإصابة الأم بالحصبة الألمانية *Rubella* خلال فترة الحمل وحالة فينيل كيتونوريا غير معلجة (وهى عبارة عن اضطراب حيوي كيمائي يعالج بواسطة نظام غذائي خاص إذا شخص مبكراً في مرحلة الطفولة) والتصلب الدرنى للأنسجة غير طبيعية في المخ والجلد والتشنج الطفولى اللاإرادي *Infantile Spasms* (وهو شكل نادر وحاد من الصرع ينشأ في السنة الأولى من العمر) والصعوبات الشديدة خلال الولادة بما في ذلك نقص الأوكسجين كما ترجع إصابة المولودين بصعوبات بصرية حادة وبتلف دماغي باضطرابات توحديه.

بينما يرى كثير من الأطباء الذين تابعوا دراسة حالات التوحد أن السبب يعود إلى اضطراب عضوي يصيب بعض مراكز المخ مما يؤدى إلى الإخلال بوظائف تلك المراكز خاصة في مجال الإدراك والتوافق الحركي ، فقد أشار بعض الباحثين إلى أن أكثر المصابين بهذا الاضطراب يصبحون عادى الذكاء عندما يصلون إلى سن الشباب حيث يتخلصون من اضطرابات التفكير والاضطرابات الذهنية وتتحسن لغتهم كما تعود لديهم اهتماماتهم بالعلاقات ماعدا مشكلاتهم الاجتماعية التي تبقى قائمة.

ويشـير (عادل عبد الله ، ٢٠٠٤) : إلى العوامل البيئية التي تسبب اضطراب التوحد فيما يلي :

التلوث البيئي الكيميائي مثل التلوث بالمعادن كالزئبق والرصاص.

التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة.

التعرض للأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرض الطفل لها بعد الولادة .

اضطراب عملية الأيض أي حدوث خلل في التمثيل الغذائي.

تعاطي الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم أو تعاطي الكحوليات.

تعد البيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي ينشأ فيها الطفل لها دور كبير في حدوث أو منع أو تطور اضطراب التوحد.

قد تؤثر العوامل البيئية في تطور اضطراب التوحد حيث يمكن ملاحظة ما يلي :

أ- أن الوالدين قد يكونا غير مؤهلين للتعامل السليم مع طفلهما التوحدى مثلاً لا يستطيعان مساعدته على اكتساب سلوك مرغوب أو الحد من السلوكيات غير الاجتماعية.

ب- قد لا تعمل البيئة التي يوجد فيها الطفل على مساعدته كي يتمكن من القيام ببعض السلوكيات مثل اكتساب مهارات تساعد على الاندماج والتفاعل مع الآخرين .

ظروف الحمل والولادة ومنها :

التعسر أثناء الولادة .

سحب الجنين بالجفت نظراً لوجوده في وضع غير طبيعي عند الولادة .

اختناق الجنين بالحبل السري .

كبر سن الأم وقت الحمل .

ترتيب الطفل بين أخواته .(وفاء على الشامي ، ٢٠٠٤).

وفي تقرير بحوث (بيرنارد ريملاند) تبين وجود خلل أو إصابة *lesion* في نسيج مركز ساق المخ *Stem* الذي يعرف باسم *Reticular Activating Systyem*(*R.A.S*) هو النسيج الذي يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم وهى إصابة أو خلل يحدث في أثناء فترة الحمل فتضعف قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجية وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به كما أنه هو المركز الأساسي للمعرفة بدءاً من استقبالها من الخارج عن طريق الحواس الخمس مروراً بإدراك معانيها وتشفيرها *Coding* وتخزينها في الذاكرة واستدعاءها عند الحاجة واستخدامها في التجاوب مع مثيراتها أو حل مشاكله بالإضافة إلى أهميتها في التعلم والتخيل والتعبير ، هذا ويشترك مع العالم ريملاند العالمان *Deslaurier , Carlson* في هذا التفسير كما يؤكد ريملاند أن هذا التنظيم *R. A.S* المذكور والذي يقع في ساق المخ يعمل في تناسق متعاوناً مع التنظيم اللمبادى *Limbis System* الذي يقع في مركز المخ في هذه الوظائف آخذاً في الاعتبار أن الجهاز اللمبادى يعتبر مركزاً لتنظيم وترجمة الانفعالات والعواطف (وهى نقط الضعف أو الغياب التام عند طفل التوحد) كما أنه مسئول عن التفاعل مع بعض الأمراض الفيروسية (Rimland.B,1995,p92).

اضطراب الجهاز العصبي :

تعيش في الجهاز الهضمي للإنسان الملايين من البكتريا النافعة التي تساعد في هضم الطعام والمحافظة على توازن الماء في الجسم ومن الميكروبات الضارة من النمو والتسبب في الالتهابات والأمراض ، والعكس هو الصحيح لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد ، ففي أمعائهم يوجد نمو مفرط للميكروبات الضارة من بكتريا وفطريات وخمائر ، فتستهلك هذه الميكروبات الضارة العناصر الغذائية وتضعف امتصاصها ، مما يجعل الطفل بحالة من سوء التغذية ، بالإضافة إلى قدرتها على الاختراق داخل خلايا الأمعاء مما يؤدى إلى تشكل ثقوب فيها فتتسرب المعادن الثقيلة وجزيئات الغذاء غير المهضوم جيداً مباشرة إلى الدم وهذا كله سيؤدى إلى تجمع العناصر الثقيلة في الجسم ، وإثارة حساسيات غذائية بالإضافة إلى أن الميكروبات نفسها تفرز باستمرار مركبات سامة تضعف صحة الطفل وتؤثر على دماغه فينعكس أثارها على سلوكه أيضاً ، كما يعانى أطفال التوحد من اضطرابات في الجهاز الهضمي مثل الإمساك والإسهال.

مشكلات التغذية :

يشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى، ٢٠١٢) : إلى أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد يعانوا من مشكلات في التغذية والتي تتمثل في الإفراط في تناول طعام معين واحد والإصرار على تقديمه ، أو الحساسية الغذائية من البروتينات الغذائية كما يعانون من عسر الهضم وسوء الامتصاص الذي يؤدى إلى الإمساك والإسهال وسوء استفادة الجسم من العناصر الغذائية مما يعرض الطفل إلى ظهور سوء التغذية ، وأثبتت بعض الدراسات ان ٧٥% من أطفال التوحد لديهم مشكلات في الغذاء ، ومن خلال فحص أجرى على ٥٠٠ طفل من ذوى اضطراب التوحد تبين أن لديهم مواد مورفينية وعلى سبيل المثال :

- ببتيد الكازومورفين *Casomrfine* وهو بروتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم جزئيات الجزئيات الموجودة في الحليب.

- ببتيد الغيلوتو مورفين *Glutomorfine* وهو جلوتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم الجزئيات الموجودة في القمح والشوفان .

- المركبات الأخرى التي وجدت في تحليل بول المصابين بالتوحد مثل الديلترومورفين ، والديرومورفين *Diltromorfine,Diromorfine* وهى مواد مخدرة قد تؤدى إلى التوحد

(٥) أعراض التوحد :

يشير (عثمان فراج ، ١٩٩٥) : إلى أنه لما كان التعرف على الأعراض الحقيقية لهذا الاضطراب أهمية كبيرة في عمليات التشخيص السليم له ولما كانت بعض هذه الأعراض تتشابه مع أعراض بعض أنواع من الإعاقات الأخرى كالإعاقة الفكرية أو صعوبات (إعاقات التعلم) وربما أيضاً مع بعض أعراض الفصام الطفولى أو الاكتئاب فمن الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض آخذين في الاعتبار ما يلي :

أ- أنه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعانى من اضطراب التوحد بل قد يظهر بعضها في حالة معينة ويظهر البعض الآخر في حالة أخرى .

ب- أنه قد تتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة أو الاستمرارية أو السن الذي يبدأ فيه العرض في الظهور وقد تبدأ ظهور أعراض التوحد في بعض الحالات في خلال الشهور الستة الأولى بعد الميلاد ، ولكن الأغلب أن يكون ظهورها فيما بين العامين الثاني والثالث أو خلال الشهور الثلاثين الأولى من عمر الطفل.

أولاً : الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة :

هناك العديد من الأعراض التي يمكن أن تميز الطفل التوحدى خلال الشهور الستة الأولى من عمره مثل :

يبدو وكأنه لا يريد أمه ، ولا يحتاج إليها ولا إلى وجودها معه.

لا يبالى بمسالة أن يقبل عليه أحد الراشدين ، ويقوم بحمله حتى وان كان هذا الشخص وثيق الصلة به.

تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات.

لا يبكى إلا قليلاً ومع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير.

لا يستطيع الأطفال إلى جانب ذلك خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه أو يتابعها ببصره.

يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ .

لا يبتسم إلا نادراً .

تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة .

من الأمور المهمة التي تميز استجاباته إنها دائماً ما تكون متوقعة .

لا يبدى الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه .

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل التوحدى في النصف الثاني من العام الأول من عمره:

هناك العديد من السمات أو الأعراض التي أظهرتها نتائج الدراسات الحديثة والتي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدى في النصف الثاني من العام الأول من عمره ، وهو ما يساعدنا على اكتشاف الحالة قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره وهذه الأعراض أو السمات هي :

لا يبدى الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية .

لا يبدى الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه .

تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً.

ثالثاً : الأعراض العامة المصاحبة لاضطراب التوحد :

شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام ، وفي معظم الحالات يوجد تشخيص مصاحب من الإعاقة الفكرية غالباً متوسط الدرجة (معامل ذكاء ٣٥ – ٤٩) *Moderate Mental Retardation* .

شذوذ في الأكل والشرب والنوم (مثل قصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة ، والاستيقاظ المبكر ليلاً بهز الرأس وأرجحتها) .

شذوذ الجدان مثل التقلب الوجداني (أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ، ونقص الخوف من مخاطر حقيقية ، والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية أو أحداث *Anxiety* والقلق العام والتوتر *Tension*.

سلوك إيذاء النفس *Self- injurious Behavior* مثل خبط الرأس في الحائط أو عض الأصابع أو اليد وقد يصاحب هذه الأعراض بالإضافة إلى ما سبق اضطرابات نفسية أخرى نوبات الاكتئاب العظمى في المرهقة أو الحياة البالغة ، وغياب ابتسامة التعرف التي تظهر عادة في سن أربعة أشهر ، فتشكو الأم من أن الطفل لا يعرفها ، ولا يقبل عليها عندما تلتقطه من فراشه أي لا يأتي بحركات توقعية *Anticipatory Moveement*. (محمود حمودة ١٩٩١).

التبلد وعدم الاكتراث بالناس كما قد تجده من بعد ذلك يجلس وحيداً وقد بدأ على عينيه الانشغال ببعض الأمور ، ثم أن هناك أعراض سلوكية شاذة من بينها التأرجح والإصرار على أن تظل البيئة دون تغيير ،أو النمو غير المتماثل بحيث تنمو بعض المهارات إلى حد أكبر من الأخرى ، والطفل التوحدى يبدى الاشتغال أو الانشغال الشديد بالأشياء الميكانيكية ويستجيب بعنف إن قوطع أو أزعجه أحد ، وكثيراً من الآباء يتوهمون الصمم في أمثال هؤلاء الأطفال بسبب قلة الاستجابة لديهم والهلاوس لا وجود لها.

ممارسة أنماط سلوكية نمطية *Stereotyped* شاذة في الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الذراعين والقفز وحركات الوجه التكشيرية) والمشي على أطراف أصابع القدمين والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركي (Wolf, 1988, 576 **)**

الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawal **والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، كما يوجد لديهم اضطراب في القدرات الإدراكية المعرفية كما أنهم يعانون من ضعف في الانتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية والتحكم في الحركات الدقيقة فضلاً عن وجود نشاط حركي مفرط *Hyperkinesia* وعدم الاهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية. (**Koegel,et.al,1982 **في عبد المنان ملا معمور،١٩٩٧) .**

رغبة قلقة متسلطة في الإبقاء على حالتهم كما هي *Statuesque* بالإضافة إلى صعوبات اللغة ، وتشمل البكم *Mutism* ، وعدم قبول مرادفات ، والنوع الترجيعى (المصاداه) *Echolalia* في تكرار الجمل الكاملة واستعمال الضمائر مقلوبة كإشارة الطفل لنفسه بضمير "أنت " ولمخاطبه بضمير "أنا" نمط شائع وله دلالة على نوع المرض ، وعلى ما يظهر فالتفوهات بألفاظ لا معنى لها أو بلهاء أو غير ملائمة أو صحيحة كثيرة الحدوث وتمثل في الحقيقة تحولات خاصة ومجازية داخل النفس. (كمال الدسوقي ، ١٩٨٨).

لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية مثلاً قد يستعمل الطفل الدمى أو السيارات كمواد بناء بدلاً من استعمالها كأطفال أو سيارات. (كريستين مايلز ، ١٩٩٤).

- مظاهر القلق *Anxiety* والعدوان الذي يتميز بالعنف *Violence* والانفصال الشديد عن الواقع والتكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال (فتحي عبد الرحيم ، ١٩٩٠).

ظهور الطفل بمظهر الحزين دون أن يعي ذلك ، وبحيث يبدو كأنه غير قادر على إظهار أي من الانفعالات الأخرى بشكل مميز تبعاً لما يستدعيه الموقف .

اضطراب النمو العقلي للطفل في بعض المجالات مع ظهور تفوق ملحوظ أحياناً في مجالات أخرى ويبدو على بعض الأطفال أحيانا مهارات ميكانيكية عالية حيث يتواصلون تلقائياً إلى معرفة طرق الإنارة ، وتشغيل الأقفال ، كما قد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقتين ، وقد يبدى بعض الأطفال تفوقاً ومهارة موسيقية في العزف واستخدام الأدوات الموسيقية (رمضان القذافي ، ١٩٩٣).

الاستجابة الدفاعية غير العادية للمس *Tactile Defensive* : عادة ما يكون لدى هؤلاء الأطفال رد فعل غير مناسب ، فعادة ما تكون الاستجابة لحاسة اللمس استجابة عنيفة أو قد ينسحب الطفل أو يحاول أن يتجنب أن يلمسه أحد فنجد هذا الطفل لا يتحمل اللمس في الأمور العادية مثل غسل الشعر أو تسريحه أو قص الأظافر أو ملامسة بعض الأشياء ، مثل ملمس بعض أنواع الطعام أو ملمس ملابس معينة ، وهؤلاء الأطفال يوصفون بأن لديهم حساسية مفرطة للمس وعلى العكس من ذلك فقد نجد أطفال لديهم حساسية ضعيفة لحاسة اللمس فنجد استجابتهم ضعيفة لهذه المثيرات فنجدهم لا يشعرون بالألم للمسات القوية أو المؤلمة أو لا يستجيبون للألم عند تعرضهم لملامس ساخنة (Toni Hager,1999)

الاستجابة الدفاعية (غير الطبيعية) للمثيرات السمعية *Auditory Defensive* ويمكن أن تحدث بصورة سلبية أو خوف من الأصوات والضوضاء فنجد أن بعض الأطفال يخافون من أصوات معينة مثل صوت السيفون في الحمام أو صوت مكبرات الصوت العالية والضوضاء ، ويستجيبون استجابات غريبة بأن يقوموا بالتصفيق بأيديهم أو بأن يضعوا أيديهم على آذانهم . (Holle,B., 1990 ، محمد صبرى ، ٢٠٠٤).

ويشير (محمد شعلان ، ١٩٧٩): إلى أن أعراض التوحد قد تأخذ صورة الهدوء المبالغ فيه في الشهور الأولى ، فتبدو على الطفل الطمأنينة حينما يترك وحده كما أنه لا يخاف الغرباء وإن كان لا يصادقهم ، وتزداد الأعراض وضوحاً بعد العام الأول فالمفروض أن يبدأ الطفل في تعلم الكلام في هذا السن ، إلا أن الطفل التوحدى ينغلق على نفسه ولا تظهر لديه حاجة إلى الاتصال بالآخرين فيصبح استخدامه للغة بالتالي غير ضروري لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء ، وقد يجد صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت (الرقص مثلاً).

يشير (Gabriels.& Hil, 2003: 16) : إلى أن الشكل الأساسي للطفل التوحدى يشمل الفشل التام أو شبه التام في العلاقات الاجتماعية وتحديداً في التفاعل الاجتماعي . ويرجع ذلك إلى مشاكل في اللغة والكلام لدى الطفل التوحدى ، حيث أن لغته تكون مضطربة فهي إما متأخرة أو إنها غير موجودة بالمرة أو أن بها عجز في ناحية ما ، وخلاصة القول أن هذا الطفل يعانى من مشاكل في اللغة ويتبعها مشاكل في التفاعل الاجتماعي وما نجده أيضا بوضوح في الطفل التوحدى هو السلوك التكراري ، بمعنى أنه يكرر ما يفعله في كل مرة ويصر على روتين يومي معين وثابت ويواجه تغيير هذا الروتين بالثورة والغضب.

ويشير (عبد العزيز الشخص ، ٢٠٠٣) : إلى أنه من أعراض التوحد أن يبدى بعض الأطفال التوحديين مستوى أداء متميز في مجال محدد وضيق جداً بينما يعانى ضعفاً شديداً في بقية المجالات وهى تلك الحالة التي يطلق عليها العبقري والمعتوه *Idiot Savant* أو المعتوه الحكيم *Wise Idiot* مثال ذلك القدرة الغير عادية على إجراء العمليات الحسابية (الجمع والطرح) بينما قد يتميز آخرون في مجال الموسيقى أو الميكانيكا أو الرسم ، ورغم ذلك فأنها عديمة الفائدة لأنها لاتهدف إلى انجاز الأشياء ، أو تساعد على التفاعل مع الآخرين.

ويصف عثمان لبيب فراج (١٩٩٥) الاضطراب اللغوي لدى الطفل التوحدى بالقصور اللغوي والعجز عن التواصل حيث يعتقد بعض الآباء أن الطفل يعانى من الصمم وبالتالي من البكم (*Mutism*) حيث لا يستجيب أحياناً الطفل لصوت رغم ارتفاعه ويستجيب في نفس الوقت للأصوات الخافتة مثل ورق الجريدة أو الورقة التي تغلف قطعة الشيكولاتة.

وبهذا يصبح عدم تجاوبه راجع إلى عدم قدرته على فهم الرموز اللغوية ومعنى الأصوات.

ولا يتقن اللغة التي يستعملها لوصف ذاته واحتياجاته.

يصدر أصوات عديمة المعنى أو همهمة غير مفهومة ومتغيرة تجعل المحيطين به يفشلون في تلبية رغباته لتغير المقاطع والنغمات.

ويردد نفس السؤال إذا سألته إما مباشرة أو بعد فترة.

لا يستخدم الكلمة في مكانها الصحيح في الجملة بل ويفشل في تكوين جملة صحيحة

يعجز في الربط بين الشكل والمعنى والمضمون والأثر الوجداني للكلمة غير موجود لديه فلا يميز الأثر النفسي للتعبيرات اللفظية وغير اللفظية.

تعميم معرفي لوصف الأشياء ويظل ثابت مثلاً كتاب يحكى قصة محددة يظل يطلق هذا الاسم على كل كتاب يراه - كما هو في مراحل النمو المعتادة في الطفولة المبكرة حيث يسير النمو عادة من العام إلى الخاص من اللاتمايز إلى التمايز مما يدل على عدم النضج في العمليات المعرفية لديه وقدرته على إدراك وتمييز الأشياء بدقة.

عدم فهم التعليمات اللفظية والشفوية والأوامر فالمعنى من وراء اللفظ المستخدم وبالتالي لا يستجيب لما يطلب منه.

صعوبات في اكتساب اللغة ونموها وفقر في المحصلة اللغوية رغم عدد السنوات العمرية للطفل.

ويتفق كل من محمد إبراهيم عبد الحميد (٢٠٠٣) ، عبد الفتاح عبد الحميد الشريف (٢٠٠٧) على أن أعراض التوحد تظهر فيما بين العام الثاني والثالث وتظهر هذه المشكلة كلما زادت سنوات العمر وزاد ابتعاد الطفل عن الآخرين وفقد إحساسه بالزمن وازدادت الحركات غير الهادفة وفقد قدرته في التعامل مع البيئة والتفاعل معها في نفس الوقت الذى يقف عجزه عن الاتصال اللغوي عن طريق الكلام بالبيئة التي يعيش فيها حائلا بينه وبين نمو شخصيته وإدراكه لذاته.

ويشير (محمود على محمد ، ٢٠٠٤) : إلى عدة مؤشرات يمكن ملاحظتها على الطفل التوحدي داخل الأسرة ، منها :

الحركات المتكررة مثل الجري ، وفتح وغلق الباب باستمرار في البيت.

الاهتمام بالأشياء المتحركة حيث يلاحظ على الطفل التوحدى أنه دائم النظر إلى المروحة في السقف ومشاهدة الأفلام التليفزيونية.

الطرق والخربشة على الباب.

إيذاء الذات حيث العبث بالأواني وأدوات المطبخ.

الاضطراب من تغيير الروتين ويظهر ذلك في حالة وجود الضيوف أو تغيير مكان النوم

الصراخ وإصدار أصوات غريبة وذلك يكون في فترة الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة.

ومن أبرز أعراض التوحد:

أن يجد الطفل صعوبة في تكوين العلاقات الاجتماعية ، وعدم قدرته على التواصل والمشاركة في اللعب الجماعي مع أقرانه من الأطفال ولا يشارك الآخرين في اهتماماته

عدم القدرة على التواصل مع الآخرين عن طريق الكلام أو التخاطب فالطفل التوحدى يعانى من انعدام النضج في طريقة الكلام ، ومحدودية فهم الأفكار واستعمال الكلمات دون ربط المعاني المعتادة بها ، وترديد العبارات والجمل إلى يسمعها.

بطء المهارات التعليمية ، وأثبتت الدراسات أن ٢٠%من الأفراد الذين يعانون من التوحد متأخرون في اكتساب القدرات العقلية ، وأكتشف أن لدى المصابين بالتوحد مهارات ومواهب معينة في مجالات الموسيقى والرياضيات ومهارات يدوية مثل تركيب أجزاء الصور المقطوعة ، بينما يظهر تخلف شديد في مجالات أخرى.

التمسك بروتين حياتي معين والالتزام به كأن ينشغل الطفل بلعبة واحدة لفترة طويلة دون الملل منها ،كفتح الباب وغلقه.

غالبا ما يعانى هؤلاء الأطفال من وجود حركات متكررة للجسم تكون غير طبيعية ، كهز الرأس المستمر ، أو رفرفة اليدين أو ضرب رأسه بالحائط.

أعراض التوحد في الطفولة المبكرة :

تشير الدراسات عن التعرف الوالدى لعدم السواء النمائى في التوحد أن ما يقرب من ٣٠: ٥٣% قبل أن يصل طفلهما إلى عامه الأول ، وأن ٨٠: ٩٠% على الأقل أدركوا عدم السواء لدى طفلهم في الشهر الرابع والعشرين . (*DiGiacomo&Fombonne1998*) .

ويضع (عثمان لبيب فراج ، ١٩٩٤) ثمانية أعراض تشخيصية للطفل التوحدي هــي :

-القصور الحسي

-العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي

-الاندماج الطويل في سلوك نمطي متكرر

-نوبات إيذاء الذات

-القصور اللغوي والعجز عن التواصل

-التفكير الإجتراري المنكب على الذات

-قصور في السلوك التوافقي

-الأفعال القسرية والطقوس النمطية

أعراض التوحد لطفل بلغ سن المدرسة :

بالنسبة للطفل ذي اضطراب التوحد فإن سنوات المدرسة الابتدائية تجلب تحديات ترتبط بالتوقعات المتغيرة التي تصاحب النضج الفيزيقي والسلوك المتزايد أثناء الفترة من سن (٦-١٢) سنة ، يواجه الطفل ذو اضطراب التوحد انتقالات إلى بيئات تعلم جديدة ، ويحتك بنظائر كبار وجدد ، ويبتعد عن بيئة وروتين الأسرة هذه التغيرات تؤثر في كثير من مجالات الوظيفة ، حيث يلزم الطفل بالتكيف مع البيئات الاجتماعية المعقدة التي تطلبه ، يتعلم مهارات أكثر صعوبة وبالتواصل عند مستوى أعلى ، وبتجهيز معلومات أكثر هذه الخبرات – الطبيعية والشائعة لدى أطفال المدرسة – تمثل تحديا خاصا للأطفال ذوى اضطراب التوحد ، الذين لديهم تأخرات نمائية في مجالات متعددة ، وأيضًا صعوبة في التكيف مع المتغيرات في بيئتهم.

ومع ذلك فإن معظم الأطفال ذوى اضطراب التوحد – في الوقت نفسه –يحققوا تقدما أثناء سنوات المدرسة ، ويكتسبون مهارات جديدة ويتعلمون مواجهة الناس ، والأماكن والأحداث الجديدة . المسار النمائى الذي يتبعه الطفل أثناء هذه الفترة يصعب التنبؤ به فهو المنتج المعقد للعملية الديناميكية التي تربط النضج العصبي بالتأثيرات البيئية . والتعلم ، نشاط التعليم الذاتي للطفل نفسه (Ciccetti&Tvcker,1994) .

التوحد لدى المراهقين والكبار :

هناك اتفاق بين البحوث والتراث الإكلينيكي يتمثل في أن التوحد حالة عجز مستمرة طوال الحياة تقريبا ، ومع ذلك فإن هناك كثير من الباحثين الذين أشاروا إلى أن عدداً قليلا من الأفراد الذين شخصوا على أن لديهم توحد في مرحلة الطفولة لم يلاقوا معايير التوحد في السنوات اللاحقة.

(*De Myer et al,1973.Lovaas,2000,Nordin&Gillberg,1998,Piven et al,1996,Rumsey et al,1985,Rutter,1970,Seltzer et al,2003,Szaymari ey al 1989,Knorring&Haeggloef,1993*).

على الرغم من أنه في بعض الحالات تبقى بعض خصائص فرط الحساسية الاجتماعية والسلوكية ، والتواصل .

وفيما يتعلق بالتحسن ، فقد أعلنت بعض الدراسات المتابعة تحسن عام مع العمر ، فقد أشار كانر ورفاقه (Kanner et al 1972) **إلى حدوث تغير ملحوظ في منتصف مرحلة المراهقة للمجموعات الفرعية من المرضى كما أعلن كوباياشى ورفاقه** (Kobayashi et al 1992) **.عن تحسن ملحوظ لدى ٤٣% من العينة التي بلغت ٢٠١ أسرة يابانية بين العاشرة والخامسة عشر من العمر في حين وجد بالابان جيل ورفاقه** (Ballaban-Gil et al,1996) **تحسنا في السلوك لدى ٩% إلى ١٨% من العينة غير المتجانسة بناء على السلوك كما أعلن ايفز وهو** (Evas&Ho,1996) **عن تحسن معرفي أو سلوكي لدى ٣٧% من عينته التي بلغ قوامها ٧٦ طفلاً تم متابعتهم لمدة أربعة سنوات إلى أن وصلوا لمرحلة المراهقة البكرة.**

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في الصورة الرابعة Dsm-Iv (١٩٩٤) إلى أن أعراض التوحد تتمثل في ضرورة توافر ست أعراض أو أكثر وهذه الأعراض تظهر قبل سن الثالثة من العمر وتتمثل هذه الأعراض في :

أولا : وجود عجز أو قصور في النمو قبل سن الثالثة وذلك في واحد على الأقل من الجوانب التالية :

اللغة التعبيرية المستخدمة في الاتصال .

تطور التفاعل الاجتماعي والتفاعل المشترك .

ثانياً : الاضطرابات النوعية في التواصل ،كما هي ظاهرة بواحدة على الأقل مما يلي :

-تأخر أو غياب كلى للغة المنطوقة

-استخدام نمطي وتكراري للغة ، أو اللغة الفطرية الأولى

- بالنسبة لأطفال التوحد ذوى بعض القدرة اللغوية لديهم إعاقة على ابتداء المحادثة مع الآخرين والمحافظة عليها

ثالثا : - الاضطرابات النوعية في التفاعل الاجتماعي ،كما هي ظاهرة على الأقل في أثنين مما يلي :

-اضطراب في استخدام السلوكيات غير اللفظية ، مثل النظر بالعين والتعبير بالوجه والإيحاء بالجسم والإشارات والإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي

-قلة البحث عن أشخاص آخرين لإيجاد الراحة واللعب معهم في أوقات الضغط العصبي أو تقديم الراحة والحب للآخرين حينما يظهرون القلق والحزن .

-العجز في الطلب التلقائي لمشاركة الاستمتاع والاهتمام والإنجازات مع الآخرين مثل العجز في الإحضار والإشارة إلى موضوعات اهتمام الآخرين .

-العجز في التفاعلات الاجتماعية والانفعالية .

رابعا : - أنماط تكرارية ونمطية من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة المحددة ، كما هي ظاهرة بواحدةً على الأقل مما يلي :

-حركات نمطية وتكرارية مثل التلويح بالأيدي وضرب الرأس .

-الانشغال بالأنشطة أو العاب محددة والتقيد الإستحوازى بالأنشطة الروتينية والطقوسية .

-الانشغال بأجزاء من الأشياء(مثل يد لعبة بدلا من اللعبة) واستعمال غير اعتيادي غير مألوف للأشياء .

ويرى عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠) أن هناك أعراض رئيسية للتوحد هي :

المبالغة في رد الفعل للمثيرات السمعية والبصرية .

الاهتمام الخاص بخبرات إدراكية حقيقية .

وجود اضطرابات وأنماط غريبة وشاذة في الحديث واللغة .

سلوك حركي غير عادى ومقاومة للتغيير في البيئة .

افتقار السلوك التخيلي ويظهر ذلك في اللعب .

(٥) تشخيص الاضطراب التوحدى:

تعتبر جهود (كاتر) هي البداية الأولى التي اعتمد عليها كثير من الباحثين في التعرف على اضطراب التوحد وتشخيصه ، فقد أشار في مقالته الأساسية عن التوحد على خصائص ١١ طفل كانوا يعانون من مرض غير معروف ، وأن هذه النتائج اعتمدت الملاحظة الدقيقة والمنظمة ، وكان الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على الخصائص السلوكية للمفحوصين والتمييز بينها وبين الصفات التي يظهرها الأطفال المرضى بأمراض نفسية أخرى ، وتشمل الصفات التي أوردها (كاتر) فقدان القدرة على التعلق والانتماء إلى الذات والآخرين والمواقف منذ الولادة ، تأخر اكتساب الكلام ، عدم استخدام الكلام في عملية التواصل ، إعادة الكلام بشكل نمطي ، عكس صفة الملكية ، سلوك لعب نمطي ، رغبة شديدة في المحافظة على الروتين ، ضعف القدرة على التخيل ، مظهر جسماني طبيعي ومعظم هذه الصفات وردت في دراسات لاحقة عن الأطفال التوحديين.

كما أضيفت إليها صفات وخصائص سلوكية أخرى ، ومعظم هذه الصفات إن لم يكن كلها قد وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل RSM – 111 – R الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٧ ، وتتضمن الخصائص التشخيصية للتوحد الطفولى الأعراض التالية :

بداية المرض أو الاضطراب قبل سن ٣٠ شهراً .

عدم القدرة على الاستجابة للآخرين.

اضطراب شديد في النمو اللغوي.

أنماط كلام غريبة مثل ترديد الكلام المباشر ، أو ترديد العبارة المتأخرة أو قلب الضمائر

استجابة غريبة في بعض المواقف مثل : مقاومة التغيير أو التعلق بالأشياء .

انسحاب اجتماعي وانطواء على الذات .

نشاط حركي مفرط.

عجز عن التخيل.

اللعب الإنفرادى ، والتركيز في التعامل على جزء من البيئة.

حركات جسمية نمطية وقسرية.

ويشير (فهد المغلوث ، ٢٠٠٥) : إلى أن بعض المراجع قد أشارت إلى أن العيوب الارتقائية يجب أن تكون موجودة في الثلاث سنوات الأولى حتى يمكن استخدام التشخيص ، كما أشارت إلى أن الاضطراب يمكن أن تصاحبه كل مستويات الذكاء ، إلا أن ثلاث أرباع الحالات توجد لديها درجة دالة من التخلف العقلي ، إن الخطأ في تشخيص التوحد من الأمور الواردة نظراً لتعقيد هذا الاضطراب ، وقلة عدد الأشخاص المؤهلين لتشخيصه بشكل علمي ومهني صحيح ويحتاج تشخيص هذه الإعاقة إلى ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ومهارات التواصل لديه ، ومقارنتها بالمستويات الطبيعية المعتادة من النمو والتطور، ومن هنا تتشكل ضرورة وجود فريق متعدد التخصصات العلمية ليتم التشخيص بشكل دقيق وسليم ، ويضم هذا الفريق أخصائي في الأعصاب ،أخصائي نفسي أخصائي للغة وأمراض نطق ،أخصائي تربية خاصة ، أخصائي اجتماعي ،أخصائي علاج وظيفي طبيب أطفال .

ويعد تشخيص الاضطراب التوحدى من أصعب الأمور ومن أكثرها تعقيداً وخاصة في المجتمعات العربية ،حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص التوحد مما يؤدى إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل وبالتالي صعوبة التدخل في أوقات لاحقة ، حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ولمهارات التواصل لديه ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور.

وقد أجمعت كثير من المراجع على أن عملية تشخيص الاضطراب التوحدى عملية بالغة الصعوبة والتعقيد ويرجع ذلك إلى التشابه بين أعراض هذا الاضطراب وأعراض عدد من الاضطرابات الأخرى مثل (التخلف العقلي ، فصام الطفولة اضطرابات التواصل ، الإعاقة السمعية ، والاضطرابات الانفعالية) كما أن تباين الأعراض من حالة إلى أخرى وعدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة عالة الصدق والثبات يمكن الاعتماد عليها يزيد من احتمالات الخطاء في التشخيص.

لقد واجهت مشكلة تشخيص الأطفال التوحديون وحتى مشكلة الاتفاق على مصطلحات موحدة لوصفهم العديد من الأطباء النفسيين ، ونفس المشكلة قد واجهت كل من أخصائي الأعصاب وأخصائي أمراض اللغة حيث تم تشخيص الأطفال التوحديون في بادئ الأمر على أنهم يعانون من الحبسة الكلامية أو إنهم يعانون من اضطراب في اللغة ، فقد اتفق الكثير واختلف الكثيرون حول تشخيص هذا الاضطراب *(Bernstein,& Tigerman,1993,433)*.

تعد عملية تشخيص حالات التوحد من أصعب عمليات التشخيص وذلك لتباين الأعراض من حالة إلى أخرى .ولقد شخصت العديد من الحالات على إنها حالات توحد وكانت في الحقيقة حالات تخلف عقلي أو اضطراب انفعالي أو فصام الطفولة . ويمكن أن نفرق بين التوحد والفصام عن طريق أن الفصام يظهر بين عمر ١٥، ٣٠ سنة . بينما يوجد التوحد ويظهر قبل عمر ٢: ٣ سنة ،والفصام يصيب الإناث والذكور على السواء ولكن التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤: ١) ، وتظهر في الفصام أعراض الهلوسة ولكن لا تظهر في التوحد ومريض الفصام لا يعانى من قصور لغوى وغياب القدرة على التعبير عن النفس ولكن تظهر لدى التوحدى.

ويشير أحمد عكاشة (٢٠٠٣: ٧٥٣-٧٥٤) أنه عند تشخيص التوحد لا توجد مرحلة سابقة أو كبيرة من الارتقاء الطبيعي ، ولكنها إن وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات وهناك دائما اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يتضح في فقدان الاستجابات لمشاعر للآخرين ، وعدم تعديل السلوك مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية وكذلك الاختلالات الكيفية في التواصل ، مثل عدم الاستخدام لأية نشاطات ، ويظهر الأطفال المصابون بالتوحد فقدانهم إلى التلقائية والمبادرة ووجود صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية.

ويشير عادل عبد الله (٢٠٠٢: ب: ٤٧) إلى أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة Dsm -1v الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD – 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص اضطراب التوحد وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي :

البداية : تكون بداية الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي .واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي واللعب الرمزي أو الخيالي.

التفاعلات الاجتماعية : يوجد لدى الطفل قصور كيفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي التواصل غير اللفظي وإقامة علاقات مع الأقران والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم.

اللغة والتواصل : يوجد قصور كيفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات هي تأخر أو نقص كلى في اللغة المنطوقة ، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين ، والاستخدام النمطي أو المتكرر للغة إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي.

الأنشطة والاهتمامات : توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحد على الأقل من أربعة محكات هي الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادى والرتابة والروتين ، وأساليب نمطية الأداء ، والانشغال بأجزاء من الأشياء.

وتشير كريمان بدير (٢٠٠٤: ١٦٧-١٦٨) :إلى أن تشخيص التوحد جاء بعد الملاحظة الدقيقة وتقييم الأفراد وعلى الرغم من أن التوحد يعبر عن اضطراب في الجهاز العصبي ، إلا أنه لا يوجد اختبار طبي معين أو إجراء يستطيع أن يؤكد تشخيص التوحد بدلاً من نظرة المتخصصين لأعراض الأشخاص ومقارنتها لتكون محكا لتشخيص التوحد.

ومن أجل كيفية تشخيص الاضطراب التوحدى هناك عدة نقاط مهمة منها :

-صعوبات التشخيص

-محكات التشخيص

-أدوات التشخيص

-فريق العمل الكلينيكي ودور كلاً منهم في التشخيص

-التشخيص الفارق

أولاً-صعوبات تشخيص التوحد :

ترجع الصعوبة في تشخيص الطفل التوحدى إلى التشابه في بعض الأعراض مع بعض الحالات الأخرى ويتفق كل من محمد حسيب الدفراوى(١٩٩٣) وعثمان لبيب فراج(١٩٩٤)(١٩٩٥) ، وهوبسون Hobson (١٩٩٨) ،وعمر بن الخطاب (١٩٩١) في تحديد أوجه التشابه التي من أهمها :

التشابه بين أعراض التوحد والإعاقات الأخرى مثل التخلف العقلي والفصام واضطرابات التواصل والصمم والصرع.

انخفاض نسبة انتشار اضطراب الأوتيزم بين الأطفال.

يوجد تباين واضح في أعراض الأوتيزم من طفل لآخر وأحياناً لدى نفس الطفل ويؤدى الخطأ في تشخيصه إلى صعوبة تأهيله ورعايته.

عدم توافر أدوات التشخيص والقياس الصالحة لهذه البيئة ماعدا بعض محاولات لتصميم وبناء مقاييس تشخيصية لهذه البيئة.

ويرى (محمد حسيب الدفراوى ، ١٩٩٣) أن من صعوبة التشخيص أيضا :

ندرة انتشار حالات الأوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها.

حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات.

ويشير كل من عمر بن الخطاب (١٩٩١) ،عثمان فراج (٢٠٠٢) : إلى صعوبات تشخيص التوحد على النحو التالي :

-عدم التحديد الدقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد.

-ندرة انتشار حالات التوحد التي يكشف الفحص الدقيق عنها.

-حداثة البحوث التي تجرى على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات .

-حدوث تغيير في شدة بعض الأعراض ، واختفاء البعض الآخر مع تقدم الطفل في العمر.

-بعض الأعراض التي حددها الدليل الدولي للتشخيص لا تخضع للقياس الموضوعي.

-مشاركة العديد من الإعاقات الأخرى للتوحد في بعض الأعراض مثل: التأخر في الكلام وإعاقات التخاطب ، والإعاقة الفكرية ، وغيرها من الإعاقات.

-التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي ، والمعرفي والاجتماعي والانفعالي ، ولذلك تعوق عمليات التواصل والتخاطب.

-تتعدد وتتنوع أعراض التوحد وتختلف من فرد إلى لآخر ، ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في نفس الأعراض.

-تتعدد أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ ، والجهاز العصبي ، فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي ، أو تلوث إشعاعي ، أو صناعي أو الإصابة بالفيروسات (أحمد عباس عبد الله، ٢٠٠٠).

من صعوبات التشخيص أيضاً :

-أن التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب.

-أن أعراض التوحد تتعدد وتتنوع وتختلف من فرد لآخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في نفس الأعراض .

-أن أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي أيضاً تتعدد وتتنوع فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي أو التلوث الإشعاعي أو الصناعي أو الإصابة بالفيروسات. (عثمان فراج ٢٠٠٢).

ويشير (عثمان فراج ، ١٩٩٦) : إلى عدة عوامل ترتبط بصعوبة التشخيص :

إن أكثر العوامل المسببة للذاتوية تلف أو إصابات في بعض أجزاء المخ أو الجهاز العصبي .

حدوث تغيير في شدة أو بعض الأعراض واختفاء البعض الآخر مع تقدم الطفل في العمر.

عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد.

أن بعض الأعراض التي حددها الدليل الدولي للتشخيص لا تخضع للقياس الموضوعي

مشاركة العديد من الإعاقات الأخرى للذاتوية في بعض الأعراض مثل التأخر في الكلام إعاقات التخاطب والتخلف العقلي وغيرها من الإعاقات.

ويشير (عبر الرحمن محمد العيسوي ، ٢٠٠٥) : إلى أنه من ما يزيد الحالة تعقيداً في صعوبة التشخيص ، أن هؤلاء الأطفال قد يعانون من نواحي مزدوجة من الإعاقة أو اضطراب كالصرع أو الصمم ، وغير ذلك من وجود الإعاقة الفيزيقية فهناك أعراض ترتبط مع الذاتوية . وهناك بعض العلماء الذين لا يهتمون بالصعوبات الموجودة في عملية وضع تعريف دقيق لاضطراب الذاتوية وما قد يرتبط به من أعراض ولكنهم يهتمون بوضع البرامج الضرورية لتعليم هؤلاء الأطفال على اعتبار أنهم من بطيئي التعلم أو برامج للتعليم الخاص *Spcial Education*.

وتشير (آمال عبد السميع باظة : ٢٠٠٣) : إلى أنه يمكن التمييز بين الأطفال ذوى اضطرابات التواصل التوحدى من حيث يبدأ الأطفال في البيئة الأولى بتواصل الإيماءات وتعبيرات الوجه والإشارة بديلاً عن العجز في اللغة بينما لا يبدى الأطفال التوحديين منها أو استعمالهم لهذه الأدوات للتواصل ، ويمكن تمييز الأطفال التوحديين عن المعاقين عقلياً فيما يلي :

يتعلق الأطفال المعاقين عقلياً بالآخرين ولديهم وعى اجتماعي وهذا غير موجود لدى الأطفال التوحديين ، وتوجد لغة تواصل بين الأطفال المعاقين عقلياً وربما لا توجد إطلاقاً لدى الأطفال التوحديين أو توجد مع عيوبها مثل تكرار مقاطع عديمة المعنى أو التكرار لبعض الكلمات الغير مترابطة أو عدم وجود اللغة المنطوقة وغير المفهومة والعيوب الجسدية لدى الأطفال التوحديين أقل منها لدى الأطفال المتخلفين عقلياً . ويوجد لدى الأطفال التوحديين سلوكيات نمطية متكررة ومعروفة لدى الطفل والمحيطين به ، أما بالنسبة للمعاقين عقلياً فهي غير اجتماعية.

ويشير عثمان لبيب فراج (١٩٩٥): إلى صعوبة التشخيص الحقيقي لهذه الفئة لتشابهها مع كل من ذوى التخلف العقلي وصعوبات التعلم والفصام الطفولي والاكتئاب ولذا يجب الاهتمام بالأعراض الفارقة وتراعى كالتالي :

ليس من الضروري أن تظهر جميع الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعانى من إعاقة التوحد فقد يظهر بعضها في حالة وتتناهى في حالة أخرى.

يتباين ظهور الأعراض من حيث الشدة والاستمرارية أو السن الذي يظهر عنده العرض.

ومن أهم الصعوبات التي يواجهها المتعاملين مع هذه الفئة هي التشخيص . فتشخيص اضطراب التوحد عملية معقدة ومركبة وذلك لصعوبة تمييز الأطفال ذوى اضطراب التوحد عن غيرهم من أطفال ذوى اضطرابات أخرى مثل الأطفال ذوى الإعاقة العقلية والأطفال ذوى اضطرابات اللغة والأطفال ذوى الإعاقة السمعية ، ويرجع ذلك إلى تداخل الأعراض (سها أحمد أمين ،٢٠٠١).

التوحد إعاقة نمائية متداخلة ومعقدة تظهر عادة خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ، ويقدر عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد والاضطرابات السلوكية المرتبطة به حوالي ٢٠ طفل من كل (١٠ ،٠٠٠) تقريباً، وذلك نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر في عمل المخ ويعترض التوحد النمو الطبيعي للمخ وذلك في مجالات التفكير والتفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل مع الآخرين ، ويكون لدى المصبين عادة قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وأنشطة اللعب أو أوقات الفراغ ، ويؤثر الاضطراب في قدراتهم على التواصل مع الآخرين على التفاعل مع محيطهم الاجتماعي وبالتالي يجعل من الصعب عليهم التحول كأعضاء مستقلين في المجتمع.

وكثيراً من الأطفال ذو التوحد ما تم تشخيصهم على أنهم ذو إعاقة سمعية أو إعاقات أخرى ، مما أضاع عليهم سنوات من التدريب الصحيح . وقد يرجع ذلك إلى مشكلات الإدراك الحسي الذي قد يعانى منه الكثيرون من الأطفال ذو التوحد (محمود على محمد ، ٢٠٠٤).

ويشير (إبراهيم محمود بدر، ٢٠٠٤، ٤٧) : إلى أنه بسبب تشابك وتعقد الصور الإكلينيكية للتوحد نتيجة لارتباطه باضطرابات نمائية أخرى فإنه يلزم تشخيص اضطراب التوحد عن الاضطرابات المرتبطة والأمراض المصاحبة.

وتشير (*National Research Council,2001: 23*) : إلى اتفاق الباحثون على أن إعاقة التوحد لها عوامل متعددة تجعل من تشخيصها عملية معقدة ،فعادة ما يكون تشخيص التوحد وسلسلة الاضطرابات المرتبطة به في الأطفال الصغار ذا طبيعة متحدية ، حيث ترتبط التعقيدات في التقييم والتشخيص بمدى التعبير عن الأعراض في هذه الحالات على مدى أبعاد مختلفة مثل القدرات اللغوية والإعاقة الذهنية المرتبطة بها.

ويشير عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١، ٣٦)، عثمان فراج (٢٠٠٢، ٦٨ – ٦٩) إلى أن صعوبة تشخيص إعاقة التوحد لا يزال من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين ، والعاملين في مجال مشكلات الطفولة ، وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، وأخصائي التخاطب والتحليلات الطبية وغيرهم.

وترى هدى أمين (١٩٩٩: ١٦) : أن ما يزيد من صعوبة تشخيص اضطراب التوحد هو عدم وجود اختبارات أو أدوات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات وخاصة في البيئة المصرية .وتضيف أيضا قلة خبرة الوالدين بمظاهر النمو السوي لطفلهم الأول .

ويشير (رشاد موسى ،٢٠٠٢، ٤٠٢): إلى أنه من صعوبات تشخيص اضطراب التوحد هو عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لهذا الاضطراب.

وترى (نادية إبراهيم ،١٩٩٧، ٣٨) أن من صعوبات تشخيص اضطراب التوحد هو تشابه أعراض التوحد واشتراكها مع أعراض إعاقات وأمراض أخرى مثل الفصام الطفولى والتخلف العقلي ، ومشكلات نمو اللغة ، وضعف السمع واضطراب اللوازم والحركات الآلية.

وتشير كريمان بدير (٢٠٠٤: ١٦٧ ١٦٨) إلى أنه مما يزيد من صعوبة التشخيص لاضطراب التوحد أن كثير من سلوك التوحدى يوجد كذلك في اضطرابات أخرى ولذلك يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة ، يمكن أن يضم هذا الفريق :

-طبيب أعصاب

-طبيب نفسي

-طبيب أطفال متخصص في النمو

-أخصائي نفسي

-أخصائي علاج للغة وأمراض نطق

-أخصائي علاج مهني

-أخصائي تعليمي . كما يمكن أن يشمل الفريق المتخصصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد

محكات التشخيص :

نظراً لوجود صعوبات في تشخيص الاضطراب التوحدى فسوف نتناول عملية التشخيص في ضوء التطور التاريخي لمحكات التشخيص حسب ظهور الدليل الإحصائي الرابع لتشخيص الأمراض العقلية عام ١٩٩٤ (DSM I V) .

معايير ليو كانر ١٩٤٩ :

لقد حدد(ليو كانر)بعض المعايير لتشخيص حالات التوحد عام ١٩٤٩ للحكم على الحالة وهذه المعايير هي :

سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.

المسك الشديد لحد (الهوس) بمقاومة أي تغيير يحدث في البيئة المحيطة به.

شدة الارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالأشخاص بما في ذلك أبويه وأخويه .

مهارات غير عادية مثل تذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة أو يقوم بعملية حسابية صعبة أو يبدى مهارة في الرسم أو الغناء بشكل طفرات هجائية .

قائمة كريك ١٩٦١ :

قام كريك بوضع قائمة مكونة من تسع نقاط تستخدم في تشخيص الأوتيزم هي :

القصور الشديد في العلاقات الاجتماعية.

فقدان الإحساس بالهوية الشخصية.

الانشغال المرضى بموضوعات معينة.

مقاومة التغيير في البيئة.

الخبرات إدراكية غير سوية.

الشعور بنوبات قلق حاد مفرط يبدو غير منطقي .

التأخر في الكلام واللغة .

الحركات الشاذة غير العادية (*Unusual – Movements*) :

انخفاض في مستوى التوظيف العقلي (*Mental Functioning*) (عبد الرحمن سليمان ١٩٩٩،).

قائمة كلانسى ١٩٦٩

قام كلانسى بوضع قائمة مكونة من ١٤ ظاهرة واستنتج أن الطفل التوحدى تنتابه ٧ ظواهر على الأقل من الظواهر الأربعة عشر وهم :

-صعوبة فائقة في الاختلاط مع الأطفال خلال اللعب

-التصرف كالأصم

-مقاومة شديدة للتعلم

-فقدان الشعور بالخوف من الأخطار المحدقة

-مقاومة إعادة ترتيب الأشياء أو تغيير روتينها

-يفضل طلب احتياجاته بالإشارة

-الضحك والقهقهة بدون سبب

-فقدان المرح المعتاد لدى الأطفال الأسوياء

-يتميز بالاندفاع الدائم وزيادة الحركة (فرط النشاط)

-لا يستجيب بالنظر إذا ما تم التحديق إليه

-يبرم الأشياء

-تكرار القيام بأعمال معينة دون تعب لفترة طويلة

-لا يعير الانتباه لأحد . (موسى شرف الدين ، بدون تاريخ ، ١١٦ - ١١٧)

الدليل الدولي التاسع ١٩٧٨ :

ورد التوحد الطفولى *Infantile Autism* لأول مرة في الدليل الدولي الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٨ وذلك في الدليل الدولي التاسع والذي شخص التوحد على أنه لزمة تبدأ بدرجات متفاوتة في الثلاثين شهر الأولى من عمر الطفل وتظهر على النحو التالي :

استجابات الطفل التوحدى للإثارات السمعية والبصرية غير الطبيعية .

صعوبة في فهم اللغة المنطوقة والتأخر في الكلام .

التركيب النحوي غير الصحيح وتكرار الكلام .

عدم القدرة على استخدام الألفاظ في مكانها .

صعوبة في ممارسة التواصل اللفظي وغير اللفظي .

مشكلات التفاعل الاجتماعي تكون حادة قبل سن ٥ سنوات وتشمل إعاقة التواصل بالعين والارتباطات الاجتماعية واللعب الجماعي .

الارتباط الغريب بالموضوعات مع الأسلوبية النمطية في اللعب .

صعوبة القدرة على تجريد الأفكار واللعب التخيلي .

يتراوح الذكاء مع النقص الشديد إلى حدود السواء أو أكثر من المتوسط .

يكون أداؤه عادة أفضل من المهام التي تتضمن الذاكرة((W,H,O, (1978,pp 33-34)

الدليل الدولي العاشر ١٩٩٢:

صدر عن منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٢ الدليل الدولي العاشر (ICD 10) الذي أعطى قدر كبير من الاهتمامات للذاتوية وصنفها تحت اسم الذاتوية الطفلية *Children Autism*.

ويحدد المؤشرات التشخيصية على النحو التالي :

عادة لا توجد مرحلة سابقة من الارتقاء الطبيعي وان وجدت لا تتجاوز عمر ثلاث سنوات.

الطفل التوحدى لديه إختلالات كيفية في التعامل الاجتماعي المتبادل تأخذ شكل غير مناسب للتلميحات الاجتماعية والعاطفية.

خلل في العاب تصديق الخيال والتقليد الاجتماعي وضعف المرونة في التعبير اللغوي

فقدان القدرة على الابتكار والخيال في عمليات التفكير.

فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية.

صعوبة استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي

النمطية المتكررة في السلوك والاهتمامات والنشاطات .

التصلب والروتين على نطاق واسع من أوجه الأداء اليومي .

الإصرار على أداء بعض الأعمال الروتينية من خلال طقوس خاصة لا تؤدى وظيفة معينة .

الاهتمام بعناصر وظيفية في الأشياء (مثل تحريك التحف والأثاث) من مكانها في بيئة العيلة .

كثيراً ما يظهرون نطاقاً من المشكلات غير المعينة مثل الفزع والخوف واضطرابات النوم والأكل ونوبات المزاج العصبي والعدوان وإيذاء النفس مثل (عض الرسخ) خاصة إذا كان هناك تخلف عقلي شديد .

صعوبة في تطبيق المفاهيم النظرية واتخاذ القرار في العمل (حتى إذا كانت المهام تقع في إطار إمكاناتهم) ، وإلى جانب ذلك يشير (أحمد فهمي عكاشة ، ١٩٩٨) في ملاحظة أن المظاهر المحددة للعيوب التي تميز التوحديين تتبدل عندما ينمو الطفل ولكن العيوب نفسها تستمر حتى الرشد على شكل نمط شبيه في المشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعي والتواصل وأنماط الاهتمامات (أحمد فهمي عكاشة ، ١٩٩٨).

الدليل الإحصائي الثالث ١٩٨٠ :

أشار الدليل الإحصائي الثالث لتشخيص الأمراض العقلية التي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي إلى الذاتوية مع شرح الأعراض التي يلزم توافرها وذلك على النحو التالي :

ظهور الأعراض قبل حلول الشهر الثلاثين من عمر الطفل .

قصور لغوى تام في الحالات التي تكتسب بعضاً من الكلمات وبالتالي غياب القدرة على التواصل .

غياب الاستجابة للمثيرات الاجتماعية وتجنب المبادأة أو التفاعل مع للآخرين

غياب الأعراض المميزة للفصام الطفولى مع هلوسة وسماع أصوات وتخيلات غير واقعية *Delusions And Hallucinations* **.**

الدليل الإحصائي الثالث المعدل ١٩٨٧ :

ظهر الإصدار الثالث المعدل (DSM III **) عام ١٩٨٧ وفيه يتم تشخيص الأوتيزم إذا توفرت ٨ من المواصفات ال١٦ التالية على أن تشمل على الأقل ٢ من المجموعة (أ) وواحدة من المجموعة (ب) وواحدة من المجموعة (ج).**

(المجموعة أ)

وجود إعاقة كيفية في التفاعل الاجتماعي كما يظهر في واحدة مما يلي :

لا يبحث عن الراحة وقت التعب أو يطلبها بطريقة شاذة (مثل عدم سعيه للراحة عندما يكون مريضاً أو مصاباً أو مجهداً يطلب الراحة بشكل آلي .

لا يحاكى الآخرين أو يحاكيهم بصورة مضطربة مثل : لا يلوح مودعاً by , by **التقليد الآلي للآخرين دون هدف أو دون علاقة بالموقف.**

لا يشارك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي.

خلل بارز في القدرة على عمل صداقات مع الرفاق.

(المجموعة ب) :

خلل في كيفية التواصل اللفظي وفي النشاط التخيلي كما يظهر فيما يلي :

لا توجد وسيلة تواصل لفظي أو التعبير الوجهى أو الإيماءات أو التواصل الحركي .

التواصل اللفظي غير الطبيعي الملحوظ مثل استخدام الحملقة بالعينين والتعبير الوجهى والوضع الجسدي .

غياب النشاط التخيلي مثل أدوار الكبار والشخصيات الخيالية أو الحيوانات

شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع مثل الكلام على وتيرة واحدة أو بطريقة تشبه السؤال أو بصوت مرتفع .

شذوذ ملحوظ في شكل ومحتوى الكلام وتشمل الكلام بصورة آلية متكررة مثل الترديد المباشر للكلام أو التكرار الآلي لإعلانات التليفزيون وسوء استخدام الضمائر مثل قوله أنت بدلاً من أن يقول أنا .

خلل ملحوظ في قدرة الطفل التوحدى على بدء محادثة مع الآخرين واستمرارها رغم وجود ظروف مناسبة للحديث.

(المجموعة ج) :

النقص الملحوظ في ذخيرة الأنشطة والاهتمامات كما يلاحظ بواسطة ما يلي :

الحركات الآلية للجسم مثل (النقر باليد أو لف اليد في حركة دائرية أو الدوران حول النفس أو هز الرأس للأمام والخلف .

الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء مثل (شم الأشياء) أو الارتباط بموضوع غير معتاد مثل الإصرار على حمل قطعة من الخيط طوال الوقت .

الإصرار غير المناسب على إتباع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند شراء شيء معين .

ضيق ملحوظ في الاهتمامات والانشغال بشيء واحد فقط .

الدليل الإحصائي الرابع ١٩٩٤ :(D.S.M IV, 1994) :

لقد ظهرت آخر الدلالات الشخصية لاضطراب التوحد باسم Autistic Disorder وذلك في DSM4 1994 والذي أشار إلى وجود الدلالات التشخيصية التالية للاضطراب التوحدى :

أ- مجموعة مواصفات من ٦ أو أكثر من البنود (١) ، (٢) ، (٣) مع واحد على الأقل من كلاً من (١) ، (٢) ، (٣) .

خلل وظيفي في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنان على الأقل مما يلي :

(أ) خلل واضح في استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبير الوجه ووضع الجسم وملامح الوجه في تنظيم التفاعل الاجتماعي .

(ب) الفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو .

(ج) نقص البحث الذاتي للمشاركة في الأنشطة والإنجازات مع الآخرين .

خلل كيفي في التواصل كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي :

(أ) التأخر في نمو اللغة غير مصحوب بمحاولات بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه أو الإيماءات .

(ب) خلل في استمرار الحديث مع الآخرين في حالة وجود بعض الكلمات .

(ج) نقص اللعب التلقائي في تمثيل الأدوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل.

٣- أنماط سلوكية محدودة ومتكررة وضيق الاهتمامات والأنشطة كما يبدو في واحدة على الأقل مما يلي :

(أ) الانشغال الدائم بواحد أو أكثر من الأنماط السلوكية المحددة لاهتمامات غير سوية أما في شدتها أو توجهها .

(ب) التمسك غير المرن بطقوس معينة غير وظيفية .

(ج) سلوك حركي متكرر مثل (رفرفة الذراعين أو حركة مركبة بكل الجسم)

ب- التأخر أو الشذوذ الوظيفي على الأقل في واحد من المجالات الآتية :

-التفاعل الاجتماعي

-اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي

-اللعب الرمزي أو المحاكاة

ج- هذا الاضطراب لا يتفق مع مواصفات اضطراب (Retts) أو اضطراب تفكك الطفولة .(مرجع سابق ، ١٩٨٨).

ويشير (لويس كامل مليكة ، ١٩٩٨) : إلى المحكات التشخيصية لظهور الاضطراب التوحدى في الطفولة على النحو التالي :

-خلل كبير ومستمر في العلاقات الاجتماعية مثل غياب الاستجابة الوجدانية المناسبة.

ظهور على الأقل ثلاثة مما يلي :

-قلق زائد مفاجئ يعبر عنه من خلال أعراض مثل القلق الهائم والاستجابات للأحداث اليومية كما لو كانت كوارث ضخمة ، هجمات لمحاولات التهدئة أو التخفيف من القلق.

-وجدان مقيد أو غير مناسب بما في ذلك نقص استجابات الخوف المناسبة واستجابات هياج لا تجد لها شرحاً وتقلب مزاجي متطرف .

-مقاومة التغيير في البيئة (مثل الشعور بالضيق والانزعاج إذا تغير موعد العشاء أو إصرار على فعل الأشياء بنفس الأسلوب كل مرة (مثلاً وضع الملابس دائماً بنفس الترتيب.

-شذوذ في الكلام مثل رتابة الصوت

-حساسية زائدة أو ناقصة للمنبهات الحسية مثل الاستجابات الزائدة للصوت *Hyperacusis*

-تشويه الذات *Self – Mutilation* **مثلاً أن يعض جسمه ويخبط رأسه .**

-زهور الزملة الكاملة بعد ٣٠ شهر من الولادة وقبل ١٢ سنة من العمر .

-غياب الهزاءات والهلاوس وعدم التماسك أو التفكك الملحوظ في التداعيات والارتباطات.

ويذكر (علاء الدين كفافي ، ٢٠٠١) : أن محكات التشخيص الأساسية في الإجترارية تتمثل في السلوك الحركي المنمط والمتكرر وعمل الأشياء بطريقة واحدة والإصرار على ذلك وكأنها أقرب إلى الطقوس التي لا ينبغي أن تمس مثل الذهاب إلى المدرسة عن طريق واحد لا يتغير وحركات اليدين النمطية التي تتضمن التصفيق أو تحريك الأصابع أو تحريك الجسم كله مع الهز والميل والتأرجح بشكل مستمر والشذوذ في وضع الجسم أو المشي على أطراف القدمين.

ثانياً-أدوات التشخيص :

تحتاج عملية تشخيص الاضطراب التوحدى إلى متخصص متدرب واعي ذو خبرة عملية عالية في ملاحظة وتسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة ، وبالتالي فقد تعددت وتنوعت أدوات التشخيص ووجهات النظر من قبل المتخصصين والباحثين في ذلك.

من أجل الوصول إلى تشخيص سليم ودقيق لاضطراب التوحد فإنه لابد أن يخضع الطفل لمتابعة مختصين ماهرين في تحديد مستويات التواصل والسلوك والنمو ، وحيث أن الكثير من السلوكيات المرتبطة بالتوحد هي أيضا أعراض لاضطرابات أخرى فإنه يمكن للطبيب إخضاع الحالة لاختبارات طبية مختلفة لاستبعاد مسببات محتملة أخرى ، ولذلك فإن تشخيص حالات التوحد يعتبر صعبا ومعقداً لاسيما بالنسبة للأخصائي قليل الخبرة والتدريب ، ومن أجل التوصل إلى تشخيص أكثر دقة ينبغي أن يتم تقييم الطفل من قبل فريق متعدد التخصصات ، يضم مختصا في الأعصاب وأحيانا نفسيا ، وطبيب أطفال وأخصائي في علاج النطق ، وأخصائي تربية خاصة ، وغيرهم من المختصين ذوى العلاقة بإعاقة التوحد . مع أهمية التأكيد على أن المراقبة السريعة خلال لقاء أو موقف واحد لن توفر صورة حقيقية لقدرات الطفل وأنماط سلوكه ، فمن النظرة الأولى يبدو الطفل المصاب بالتوحد وكأنه يعانى من تخلف عقلي أو صعوبة في التعليم أو إعاقة سمعية ، إلا أنه من الأهمية بمكان التمييز بين التوحد وحالات الإعاقات الأخرى ، ذلك أن التشخيص الدقيق يمثل القاعدة الأساسية للبرنامج التعليمي والعلاجي الأكثر ملائمة للحالة . ومع كثرة الأعراض التي يمكن أن يظهر عليها التوحد تجعل الصورة الإكلينيكية على مستوى الحالات الفردية متباينة وكأننا أمام أنواع من التوحد مما يتيح المجال لأخطاء في التشخيص.

ومما يزيد أخطاء التشخيص تعدد الفئات المرضية الداخلة ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة ، ويرى وينج أن مصطلح التوحد هو التعبير الأنسب بديلا عن الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تعتبر فئاتها المتعددة درجات على هذا المتصل ، وبالتالي فهي ترى أن متلازمة سبيرجير هي الدرجة البسيطة من التوحد ، وأعاد بعض الباحثين تشخيص الحالات التي عرضها سبيرجير ووجدوا أن أربعة منها ينطبق عليها تشخيص التوحد وفقا لمحكات الطبعة الرابعة من الدليل الأمريكي ، كما أُدرج التوحد غير النمطي ضمن فئة الاضطراب الشامل للنمو غير المحدد كما أضيف مصطلح الاضطراب الدلالي / العملي كفئة تشخيصية مستقلة ، ومحكات التشخيص لهذه الفئة تتشابه من خصائص متلازمة سبيرجير والدرجات البسيطة من التوحد، ولذلك اقترحت "بيثوب" أن التوحد ومتلازمة سبيرجير والدلالي / العملي يقعون على محورين ويمكن اعتبارهم مجالات مختلفة ولكن متداخلة ومما يزيد من صعوبة التشخيص أن هناك بعض الباحثين يرون أن متلازمة سبيرجير هي الشكل الحاد لاضطراب الشخصية شبه الفصامية. (محمد عبد الرازق هويدى ،٢٠٠٠: ٨٥ - ١١٨)

ومن الأدوات والطرق المستخدمة في تشخيص اضطراب التوحد ما يلي :

المقابلة الشخصية المتضمنة لأسئلة تتناول الخصائص الشخصية للفرد ومقابلة أخرى للتمييز بين التوحد والتخلف العقلي وإعاقات اللغة .

بعض المقاييس السلوكية والمقاييس التي تستخدم للعب قد أثبتت كفاءة كبيرة في التفريق بين الأوتيزم وفئات التخلف العقلي ومن هذه المقاييس:

مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي.

مقياس الشخصية للأطفال.

مقياس لتقدير التأثيرات العلاجية على مرضى التوحد من خلال قياسي النشاط الحركي والاجتماعي والوجداني واللغة والاستجابات الحسية.

جدارة الملاحظة التشخيصية للأطفال المصابين بالتوحد.

استمارة فرز حالات التوحد في مجال التخطيط التعليمي وتتضمن المجالات الآتية :

تسجيل وتحليل عناصر الصوت والكلام واللغة التي تصدر عن الطفل .

تقييم قدرات التفاعل الاجتماعي بين الطفل والكبار .

تقييم الاحتجاجات التعليمية في المجال اللغوي .

تقييم القدرة على الاتصال .

تقدير القابلية للتعليم وسرعة اكتساب الخبرات.

ومن أهم الأدوات التشخيصية المتاحة مقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة (*Childhood autism ratingscale* (*Cars*) الذي وضعه سكديلر والذي يعتبر من الأدوات سهلة الاستعمال ويقيس هذا المقياس المفحوصين وفقا لخمسة عشر مقياسا هما كالتالي :

العلاقة مع الآخرين .

التقليد .

استعمال الجسم .

استعمال الأشياء.

الاستجابة البصرية.

الاستجابة السمعية.

الخوف والعصبية.

التواصل اللفظي .

التواصل غير اللفظي .

مستوى النشاط والفاعلية.

ثبات الاستجابة العقلية أو المعرفية .

الانطباعات العامة.

ولكل بند من البنود أربع درجات من(١- ٩) بحيث يعطى المقياس درجة تتراوح بين ١٥- ٦٠ ويعطى المقياس الدرجات المختصرة التالية :إذا كانت درجة المفحوصين أقل من ٣٠ يعتبر غير مصاب بالتوحد .

إذا كانت درجة المفحوصين بين ٣٠ – ٣٦ يعانى من درجة متوسطة من التوحد.

إذا كانت درجة المفحوصين تزيد عن ٣٦ يعانى من توحد شديد .

وقد أُجريت العديد من الدراسات التي بحثت حول استعمال هذا المقياس في تشخيص التوحد قبل سن العاشرة ومدة أخرى ، بعد الثالثة عشر من العمر فالبرنامج المسمى برنامج معالجة وتربية الأطفال التوحديين والذين يعانون من إعاقات في التواصل ذات الصلة بالتوحد قد أظهر لأكثر المفحوصين انخفاضاً في درجاتهم على المقياس مع مرور الوقت مما يشير إلى أن خصائص التوحد أقل تحديداً وتعرفا في مراحل العمر اللاحقة للطفولة .

وتوجد عدة طرق تستخدم في تشخيص الاضطراب التوحدى منها :

أ-المقابلة التشخيصية المعدلة للتوحد :

آلية وضعها لوك وروتر عام ١٩٩٩ هي مقابلة شبه منظمة تعتمد على استقصاءات تتم مع أطفال يعانون من التوحد . تستغرق عدة ساعات لكمالها وتفيد نتائج المقابلة في معرفة ما إذا كانت تنطبق على الحالة التي تتضمنها التشخيص بالتوحد كما هي موضحة بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الرابعة ١٩٩٤) ويعتبر المختصون في مجال التوحد أن مقابلة تشخيص التوحد المراجعة أو المعدلة وسيلة تشخيصية دقيقة إلى حد كبير ويتم التقييم أولاً بزيارة منزلية من قبل المختص الذي يجرى المقابلة مع والدي الطفل ، وتعد الزيارة مفيدة لما توفر من فرصة لمراقبة الطفل في بيته ويمكن كذلك تطبيق هذه المقابلة في العيادة وتستغرق ٩٠ دقيقة – إذا قام بها مختص متمرس ، وتستغرق أكثر من ذلك إذا قام بها الأشخاص غير المتخصصين ويتطلب تطبيق هذا الاختبار تدريباً خاصاً بصرف النظر عما من إذا كان من يقوم به طبيباً نفسياً أو أخصائياً نفسياً ويتم التدريب من خلال ورشة عمل مدتها ثلاثة شهور وتجرى في عدة ولايات في الولايات المتحدة الأمريكية وفي بريطانيا.

ب-قائمة سلوكيات التوحد :

وتقيس هذه القائمة الاستجابات الحسية وفهم لغة الجسد والمهارات اللغوية ومهارات خدمة الذات والمهارات الاجتماعية وتشتمل القائمة على (٥٧) عبارة ، تبدأ الإجابة عليهم من خلال مقابلة منظمة مع الوالدين أو المربين وبالرغم من أن هذه القائمة أقل ثباتا من مقياس تقدير التوحد الطفولى أو مقابلة تشخيص التوحد إلا أنها مفيدة في التمييز بين التخلف العقلي والتوحد عند ذوى الأداء المنخفض وبالتالي فإن هذه القائمة لا تستخدم كأداة للتشخيص ولكنها تعتبر جيدة في توثيق تقدم الطفل واستجابته للمعالجة والخطة التعليمية .

ج-جداول المراقبة التشخيصية للتوحد :

The autism dighostic (*ADOS*) *Observations schedule*

وتعتبر هذه الجداول بروتوكولا موحدا لمراقبة سلوك التواصل والسلوك الاجتماعي للأطفال من سن ٣٠ شهر فما فوق ممن يستطيعون الكلام والذين يحتمل إصابتهم بالتوحد ، ويعتبر وسيلة إلقاء التحية وسلوك التواصل والسلوك الاجتماعي والتحدث والتعبيرات الاجتماعية والحوار وفهم المزاج وفهم اللغة غير الحرفية (الضمنية) .

د-جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة .:

Pre linguistic autism diagnostic observation schedule (pl-ADOS)

وهو مقياس شبه منظم لتشخيص حالات الأطفال الذين لم يستخدموا جمل لغوية والذين يحتمل إصابتهم بالتوحد ويتم تطبيق هذا المقياس على الطفل بحضور أحد والديه ، وهو يعطى المختص فرصة مراقبة بعض الجوانب المحددة في سلوك الطفل الاجتماعي مثل الانتباه والتقليد ومشاركة المختص والوالدين في مشاعرهم وقد تم مؤخرا دمج كل من جداول المراقبة التشخيصية للتوحد قبل تطور اللغة وجدول المراقبة التشخيصية للتوحد في جدول واحد أطلق عليه جدول المراقبة العام لتشخيص التوحد *The autism bighosyic observation schedalale generic* (*ADOSG*) **ويستغرق إجراؤه من (٣٠: ٤٥) دقيقة ويتطلب تدريبا خاصا كما هو الحال في المقابلة الشخصية للتوحد** (*ADI*) **ويقر العلماء والباحثون أن هذا الاختبار له درجة عالية من المصداقية وثبات النتائج.**

هـ-قائمة التوحد للأطفال دون سنتين :

Checklist for autism in toddlers: (*CHAT*)

وهذه القائمة صممت لملاحظة السلوكيات الانذارية المبكرة للإصابة بالتوحد ابتداء من عمر ١٨ شهراً وتساعد هذه القائمة في مسح (وليس تشخيص) حالات التوحد قبل أشهر أو أسابيع من ظهور معظم الأعراض الأخرى كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع إلا أن واضعوا هذا الاختبار يؤكدون على عدم استخدامه كوسيلة لتشخيص التوحد ولكنه يكفي لإنذار المختصين مبكراً بالحاجة إلى تحويل الطفل إلى اختصاصي متمرس ، ولقد استخدمت هذه القائمة على أساس دراسات كشفت عن وجود بعض السلوكيات المنذرة لوجود التوحد في سن ١٨ شهر ، ومن أهم هذه السلوكيات عدم قدرة الطفل على الإشارة إلى الأشياء وعدم اهتمامه بالاختلاط مع الآخرين وبالعب الاجتماعي وغياب الانتباه المشترك .

و-قائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد .:

هذه القائمة يمكن أن تساعد في الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال قبل عمر ثلاث سنوات علما أنه لا يوجد بند من بنودها يمكن أن يكون جوهريا بمفرده وفي حالة اختبار طفلا ما أظهر ٧ أو أكثر من هذه السمات فإن تشخيص التوحد يجب أن يؤخذ في الاعتبار بصورة جادة وبنود هذه القائمة هي :

الصعوبة في الاختلاف والتفاعل مع الآخرين .

يتصرف الطفل كأنه أصم .

يقاوم تغيير الروتين .

ضحك وقهقه غير مناسبة .

لا يبدى خوفا من المخاطر .

يشير بالإيماءات .

لا يحب العناق .

فارط الحركة .

انعدام التواصل البصري .

تدوير الأجسام واللعب بها .

ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.

يطيل الغناء في اللعب الإنفراد .

أسلوب متحفظ وفاتر للمشاعر.

وتشير (زينب شقير ، ٢٠٠٥) : إلى مجموعة من الأدوات التي تم استخدامها في العالم العربي في تشخيص اضطراب التوحد :

قائمة اختبار التوحد :

وهى قائمة اختبار تعرف الأطفال المصابين باضطراب الاتصال الاجتماعي في سن ١٨ شهر ، وهو اختبار قصير يجريه الوالدان والملاحظون وتتكون القائمة من جزأين :

البنود التسعة الأولى هي أسئلة موجهة إلى الوالدين .

البنود الخمسة الأخيرة هي ملاحظات الأخصائي النفسي . على أن تتضمن هذه البنود كلاً من الانتباه المقترن (بما في ذلك الإشارة وتوجه حركة العين) واللعب التخيلي .

الملاحظة الدقيقة والمنظمة .

قائمة الشطب :

وتشتمل على العلاقات والكلام والحركة والتركيز وإيذاء الذات والاستجابة للألم والمشكلات السلوكية .

قائمة ريملاند لتشخيص حالة الأطفال مضطربي السلوك :

وتستخدم في التشخيص الفارقى لكل من التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية وفي الاضطرابات الارتقائية(النمائية) الأخرى من خلال ملاحظات الأهل لأطفالهم ، أثناء فترة السنوات الخمس الأولى .

مقياس خصائص الشخصية للمتوحدين :

أعده عبد الرحمن بخيت ويقيس ١٦ صفة من خصائص الطفل التوحدى بشرط توافر ثمان من هذه الصفات لتشخيص حالة الطفل بالتوحد .

اختبارات الذكاء المقننة :

وقد أشار فريمان وريتفيو إلى أن أداء حوالي ٦٠ % من المتوحدين أقل من ٥٠ على اختبارات الذكاء .

المعيار التشخيصي للتوحد (*DsM – Iv, 1994*) :

ويستخدم للأطفال والمراهقين وهو مقياس متعدد الأبعاد (١٥ مقياساً فرعياً) تشمل في مضمونها الأعراض المتنوعة للتوحد التي أشار إليها دليل تصنيف الأمراض الذهنية الأمريكية

مقياس النضج الاجتماعي *Vineland Scial Maturity Scale*

إعداد فايتلاند ويشتمل على ١١٧ فقرة تقيس ثمانية مجالات للمهارات الاجتماعية وهى :

العناية بالذات .

التعليم الاجتماعي .

التواصل والتفاعل .

العناية بالملبس .

توجيه الذات .

الحركة والانتقال .

القدرة على تحمل المسؤولية المهنية .

مقابلة والدي الطفل التوحدى

التقييم النفسي التربوي :

ويضم مجموعة من الأدوات التي يتم يمكن استعمالها مع الأطفال الصغار مثل :

فقاعات الصابون .

طين الصلصال .

الخرز .

الكتب .

وتصنف هذه المهارات ضمن مجموعات وظيفية : التقليد والمحاكاة الملاحظة ، الإدراك الحسي ، السلوك الحركي ، تآزر العين واليد ، القدرة على التغيير مهارات اللغة الاستقبالية .

المراقبة المباشرة لتفاعل الوالدين والطفل

مقياس تقدير التوحد في مرحلة الطفولة (CARS)

تأليف شويلر ورفاقه ١٩٨٨ ويقيس ١٥ محوراً هـــي :

العلاقة مع الآخرين .

التقليد .

استعمال الجسم .

استعمال الأشياء .

التكيف مع التغيرات .

الاستجابة البصرية .

الاستجابة السمعية .

استجابات الشم والطعم والتذوق واستعمالها .

الخوف والعصبية .

الاستجابة الانفعالية .

التواصل اللفظي .

التواصل غير اللفظي .

مستوى النشاط والفعلية .

ثبات الاستجابة العقلية أو المعرفية .

الانطباعات العامة .

المقياس النفسي التربوي المعدل :

وهو مقياس تقييم يطبق عملياً على أطفال التوحد من عمر ٦ أشهر إلى وقد تمتد إلى ١٢ سنة ، وهو مقياس موضوعي على المصداقية ، ولا يعتمد على اللغة بقدر ما يعتمد على الأداء العملي - غير اللفظي لعدد من الأنشطة الموزعة على مجالين هما :

أولاً : المجال التنموي الوظيفي ويتكون من ١٣١ نشاطاً مقسمة إلى ٧ محاور هي التقليد ، الإدراك ، حركة العضلات الكبيرة ، حركة العضلات الدقيقة تآزر العين مع اليد المعرفة العملية (أي الإجرائية) ، المعرفة اللفظية .

ثانياً : المجال السلوكي للمقياس ويتكون من ٤٣ بنداً موزعة على ٤ محاور هي الألفة والارتباط العاطفي ، اللعب وأدواته ، الاستجابة الحسية ، اللغة ويكشف هذا المقياس في قسمه الأول (المجال التنموي الوظيفي) عن تباين كبير في مستويات المهارات المختلفة لطفل التوحد ، وهى تختلف عن مهارات الطفل السوي التي تتقارب لديه سرعة نمو هذه المهارات ومستوياتها ، ويعتبر هذا المقياس كما أوضح عثمان فراج ، أحدث ما وصل إليه البحث العلمي من أدوات التشخيص والقياس وهو من إعداد جامعة تورث كارولينا ومركز بحوث *TEACCH* التابع لتلك الجامعة وترجم إلى ٦ لغات وأصبح الأداء الأول التي تعتمد عليه العيادات النفسية ومراكز التدخل العلاجي في تأهيل وتدريب أطفال التوحد وإعاقات النمو لدمجهم في المجتمع بعد اكتسابهم المهارات الأساسية للحياة في مجتمعاتهم بما يسمح بتكيفهم وتوافقهم مع حياة أقرب ما تكون للطبيعية. (كريستين نصار ، جانيت يونس ،٢٠٠٩) .

وقدمت (جوديث جولد ، ١٩٩٧) : اختبار جسدي أو نفسي للتوحد ، وهو اختبار نصف تعليمي جوهري وله خصوصية وملائم لكل عمر من حالات التوحد ويتضمن ما يلي :

استخدام مواد للتطوير .

دراسة السلوك في الماضي والحاضر .

مطابقة الحياة الاجتماعية .

خلفية العائلة وتاريخها .

تاريخ الولادة .

كيفية استخدام الأدوية .

بداية اكتشاف الحالة .

تطوير المهارات .

نشاط الحركات النمطية .

مشاكل السلوك .

كمية التواصل الاجتماعي .

الطب النفسي .

الحركة .

التدريب على المهارات الاستقلالية كارتداء الثياب وتناول الطعام واستخدام الحمام .

التواصل اللفظي وغير اللفظي .

التفاعل والاجتماعي .

التقليد والتخيل .

الصورة المرئية .

القراءة والكتابة .

اللغة (الاستقبالية والإرسالية الحسية والجسدية)

سهولة وبساطة الأسئلة الموجهة للطفل .

تكرار النشاط .

الحركة مع النشاط .

المستوى اللفظي .

رواية قصة قصيرة .

معرفة الأفعال .

كما يتضمن الاختبار :

الاستجابة الحسية للتوترات الخارجية (اللمس- السمع – الرؤية التذوق – الشم).

إثارة العاطفة .

الاستجابة والانتباه .

مستوى النشاط .

مشاكل سلوكية .

اضطرابات النوم .

الشروط النفسية .

تاريخ المناظرة .

وهذا الاختبار يمكن تقديمه للأهالي وإجراؤه في المنزل وتحديد تاريخ النمو والتطور عند الطفل لمعرفة النتيجة الدقيقة لهذا الاختبار الذي يمكن طرحه وتسهيله للأهالي.

وقد أعطيت مفاتيح التقييم لهذا الاختبار وهى :

اسأل السؤال المناسب .

استمع إلى الأبوين .

أساليب تشخيصية أخرى لاضطراب التوحد :

يشير (عبد الله محمد الصبى ،٢٠٠٣) إلى أنه من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق ويكون أقرب إلى الحقيقة فإن الطفل التوحدى يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين وذوى الخبرة في هذا المجال (طبيب أطفال ، أخصائي نفسي ، طبيب أطفال تطوري ، طبيب أطفال في مجال الأعصاب ، محلل نفسي ، وغيرهم) كل في مجاله يقوم بتقييم الطفل في نواحي معينة ، وبطرق متنوعة

فريق العمل الكلينيكى ودور كل منهم في التشخيص :

لقد أكدت الأبحاث الحديثة أنه لابد من وجود فريق عمل متكامل لتشخيص حالة الطفل التوحدى و أي لا ينجح طرف واحد فقط في وضع التشخيص بمفرده ، ويحتوى فريق العمل على الأطباء النفسيين والعقليين وأطباء الأطفال وطبيب الأعصاب والسمع والتخاطب والوالدين والمعلمين والمتخصصين وكل هؤلاء لهم دور أساسي في تقديم تشخيص مناسب لحالة الطفل التوحدى .

الطبيب النفسي ودوره في التشخيص :

إن المهمة الرئيسية للطبيب عموماً هي التأكد من سلامة التشخيص فيجب على الطبيب معرفة التاريخ المرضى للطفل وسلوكه منذ البداية ومدى مطابقة نمط سلوكه مع توحد الطفل المبكر ثم يمضى في التحقق مما أذا كان الطفل مصاباً بأي نوع من الاضطرابات التي شخصت خطأ على أنها اضطراب التوحدية . (لورنا وينج ، ١٩٩٤)

طبيب اللغة والتخاطب :

يكون أخصائي التخاطب واحد من فريق العمل المهمين لتقييم عمر الطفل اللغوي وذلك في ضوء الملاحظة المباشرة للطفل فإنه يلاحظ ويقيم الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه ويقوم أخصائي التخاطب بتحديد عمر الطفل اللغوي (لغة استقبالية – لغة تعبيرية) وبذلك يستطيع أن يخطط للعلاج أي يضع نقطة البداية في تعليم الطفل المهارات اللغوية .

طبيب السمع :

يعتبر طبيب السمع من أهم أعضاء الفريق وأول من يجب عرض الحالة عليه لكي يحدد إذا كان الطفل يسمع أولاً لأن من أهم الأشياء التي تلفت نظر آباء الأطفال التحديين أن الطفل يظهر أمامهم كأنه طفل أصم حيث لا يسمع من يناديه ولكن يستجيب لأصوات معينة فقط من إعلانات التليفزيون وصوت الثلاجة عند فتحها ، فبالتالي يصيب آبائهم بالحيرة فيعرضوا أطفالهم على أطباء السمع وذلك لتقييم حدة السمع عندهم ، ويبدأ أطفال السمع باختبار السمع وهو (مقياس السمع للمجال الصوتي) *Sound Field Eudiometry* ويبنى على أن الطفل يظل يسمع حينما يوضع له ميكروفون في أذنه طوال فترى استيقاظه وذلك لتنبيهه نحو مصدر أي صوت ، ولكن هذه الطريقة لا تعطى التقييم المناسب لسماع الطفل التوحدى ، لأن كثيراً من هؤلاء الأطفال لا يستجيبون بهذه الطريقة ، ولذلك تم وضع أسلوب جديد وهو اختبار وظيفة العقل مباشرة من خلال استجابة المخ سمعياً (*A B R*) *Auditory Brain Response* أو يطلق عليه أيضاً (*B S E R*) وهذا الاختبار يقيس وظيفة العصب السمعي عند الطفل ولكن هناك بديل ثالث وهو يتطلب من الطفل الثبات والاستجابة السمعية من خلال ميكروفون يوضع في أذنه من ٢٠ - ٣٠ ثانية ، ولكن هذا البديل يشترط أن الطفل لابد أن يكون عنده القدرة على البقاء ثابتاً لهذه الفترة ويسمى *Otacoustic Emersion Tesing* وهذا الاختبار لا يزال تحت التجربة .

طبيب الأعصاب والوراثة :

يكون طبيب الأعصاب مسئولاً عن الدراسات الذهنية مثل *EEGS* وهو الذي يختبر (النشاط الكربى للمخ) و *MRIS* وهو الذي يختبر(هياكل المخ) أما طبيب الوراثة فيختبر تفسير وعمل الدراسات الكروموزومية والبحث عن الأخطاء الميلادية لعامل الأيض والتي قد تكون سبب في وجود أعراض عديدة عند الطفل التوحدى وعادة لا يكون أطباء الأعصاب والوراثة جزءاً مباشراً من فريق التقييم ولكن يتم استخدامهم كمستشارين خاصين يكملون بعض البيانات الهامة عن الطفل التوحدى ويتبادلون الحديث مع باقي أعضاء الفريق لوضع أسس تشخيصية وعلاجية ,Siegl, B , 1996) . pp , 88 : 90)

الحوار مع الوالدين :

إن إقامة الحوار المتكامل والصريح عندما ينبه الوالدان بأن طفلهما معاق وغير طبيعي من شأنه أن يرسخ انطباعاً ايجابياً في ردود أفعالهما واتجاههما نحو مشكلة طفلهما في المستقبل فمعظم الآباء يفضلون أن يعرفوا اسم الاضطراب الذي يعانى منه طفلهما ولكن الطبيب المدرك للأمور لا يكتفي بإعطائهم ما يرغبون به فقط أنه يشرح لهما عملية كون ابنهما معاقاً ، فعلى سبيل المثال يستطيع الطبيب أن يخبرهما أن ولدهما الصغير يستطيع فهم التعليمات القصيرة المبسطة وليست تلك المركبة من عدة تعليمات أو الصعبة وبأنه يعانى من اضطرابات كلامية كما أنه يستطيع اطلاع الوالدين بوجود صعوبات لدى الطفل في التعبير كما يراه حوله وكيف أن كل تلك الصعوبات تؤثر في سلوكه وانفعالاته ، وهذا التحليل المفصل هو أمر غاية في الإفادة للوالدين بدلاً من إعطائهما اسم الاضطراب الذي يعانى منه الطفل فقط ، وهم يكونون ممتنين جداً عند اطلاعهم على حقيقة الأمر فما يجب أن يعرفوه هو أن إعاقة الطفل مستمرة معه مدى الحياة ، لكنهما كوالدين يستطيعان تحقيق مجهود عظيم لمساعدة ابنهما حين يبديان ذلك الصورة الصحيحة .

ما يستطيع المدرسون عمله :

إن المدرس عضو واحد في الفريق الذي يهتم ويعنى بمساعدة الطفل التوحدى فعليه أن يعمل ويتعاون مع الأطباء والاختصاصيين النفسيين كمختص في مجال التوحد ولكن مع الاستعداد لاستخدام المعلومات والمشاورات المقدمة من قبل المتخصصين الآخرين

وأن مهمة المدرسة أن يكون لدى الطفل قدر من السلوك الاجتماعي المعقول وأن يستطيع الاعتماد على نفسه في المأكل والملبس وأن يستطيع أن يغتسل وأن يظل نظيفاً ولا يبلل ملابسه خلال النهار ولكنها غالبا ما يتوجب عليها البدء بتعليمه تلك المبادئ والمهارات الأولية .

وحالما يتم اتفاق تلك السلوكيات الأساسية فإن المدرسة ستنتقل إلى تدريب الطفل على مهارات أخرى ، ويجب أن تتلاءم مناهج التدريس مع إعاقات الأطفال وان يتم استخدام تقنيات حديثة لحالات العمى ، الصم الاضطرابات الكلامية ، وتعتبر أجهزة مونتيسورى *Montessori Equipment* معدات جديدة لأن غالبيتها تساهم في منح الأطفال فرص استخدام حواس اللمس والمهارة الحركية في عملية التعليم

التشخيص الفارق *Differential Diagnostic* :

إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص الذاتوية " إعاقة التوحد " يشيرون دائماً إلى قضية هامة وهى تشابه السلوك المرتبط بالتوحد مع أعراض إعاقات أخرى عديدة منها التخلف العقلي – فصام الطفولة – اضطرابات التواصل الإعاقة السمعية –إعاقة التخاطب – الذاتوية اللانمطية – الذهان – زملة اسبيرجر زملة ريت .

ثالثاً: الفرق بين اضطراب التوحد وبعض الاضطرابات المتشابهة :

أ-الأوتيزم - التخلف العقلي :

غالبا ما نجد أن الأطفال من ذوى التخلف العقلي اجتماعيين ولا يظهرون الأعراض الأولية للتوحد المتمثلة في العجز في تكوين العلاقات مع الآخرين ، بينما نجد أن الأطفال من ذوى التوحد بخلاف ذلك يفشلون في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين ويميلون إلى معاملة الآخرين كأهداف أو كمصادر للإشباع المرضى وعلى كل حال فإن وجود التوحد مع متلازمة (داون) قد يؤدى إلى تعقيد الحالة أكثر ويزيد من خطورتها ، خاصة وأن كثير من الناس يعدون حالة التوحد في عداد الحالات الميؤس منها والتي تقل معهم فرص التغيير والاستجابة للعلاج لذلك يعد التعرف على اضطراب التوحد لدى الأشخاص ذوى متلازمة (داون) واكتشافها مبكراً ذو مضامين هامة في التدخلات الطبية والاجتماعية والتعليمية التي تقدم للأطفال وأسرهم ، وقد لوحظ أن ٤٠% من التوحديون لديهم معامل ذكاء يقل عن (٥٠- ٥٥) وحوالي ٣٠% يتراوح معامل ذكاؤهم بين (٥٠-٧٠) ويلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء فحوالي ٢٠% من التوحديون لديهم ذكاء غير لفظي سوى . ويتميز اضطراب التوحد بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو والسلوك هي :

خلل في التفاعل الاجتماعي .

خلل في التواصل والنشاط التخيل.

القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر آليا.

ويشير (عبد المجيد منصور وآخرون ،٢٠٠٣: ١٤٣) إلى أهم الفروق بين توحد الطفل وإعاقته عقليا فيما يلي :

الطفل المتخلف عقليا ينتمي ويتعلق بالآخرين ولديه وعى اجتماعي بينما الطفل التوحدى لا يوجد لديه تعلق بالغير حتى إذا كان له مستوى ذكاء متوسط .

الطفل التوحدى له أداء أكثر في المهمات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى ويكون الأداء أقل في المهمات اللفظية بينما المعوق عقليا يكون الأداء منخفضا أو متساوياً في المهمات سواء لفظية أو غير لفظية .

تتناسب لغة المتخلف عقليا مع نسب ذكاؤه بينما التوحدى يمكن أن تكون لغته غير متوفرة وإن وجدت فهي غير عادية .

العيوب الجسمية لدى المعوق عقليا أكثر من العيوب الجسمية لدى التوحدى.

للطفل التوحدى إمكانية إبداء مهارات خاصة مثل الرسم والموسيقى وهذا لا يظهر لدى الطفل المعوق عقليا بشكل كبير .

للطفل التوحدى سلوكيات نمطية شائعة تختلف عن تلك الموجودة لدى الطفل المعوق عقليا.

ويشير (محمد قاسم عبد الله ، ٢٠٠١) : إلى أن الأطفال التوحديين ليسوا فقط لا يريدون ولكنهم فعلياً لا يستطيعون انجاز العديد من المهمات كما أنهم يعانون من عجز وجداني انفعالي أولى كما أن إمكاناتهم العقلية والمعرفية جيدة وهذا يدفع إلى القول بأن العجز المعرفي في التوحد صغيراً جداً مقارنة بالتخلف العقلي وان ٧٥ % من الأطفال التوحديين يتوقع أن ينجزوا الكثير من المهام العقلية في حياتهم المختلفة .

ويتفق كل من عثمان فراج (٢٠٠٢) ، عبد الحميد منصور وآخرون (٢٠٠٣) ، عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٤) على بعض المؤشرات التي تسهل عملية التشخيص الفارقى والتمييز بين إعاقة التوحد والتخلف العقلي والتي تم تسجيلها من تجارب الملاحظة الموضوعية المقننة للإعاقتين ما يلي :

أن طفل التخلف العقلي يتميز بنزعة التقرب إلى الوالدين والكبار وغيرهم من الأطفال وهى سمة غائبة عن حالة طفل التوحد .

أن طفل التخلف العقلي يستطيع أن يبنى حصيلة لغوية ويظهر تطوراً أو تقدما في نمو اللغة بينما طفل التوحد غالبا نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية وحتى إن وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها في التواصل .

طفل التخلف العقلي لا يعانى من مشكلة رجع الصدى الذي يعانى منه طفل التوحد الذي يعيد نطق آخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه .

طفل التخلف العقلي لا يستثيره التغيير في عاداته اليومية سواء في الملبس أو اللعب أو المأكل ولا يندفع في ثورات غضب (مثل طرق رأسه في الحائط) وإيذاء ذاته بعكس ما يحدث للطفل التوحدى .

طفل التخلف العقلي لا يعانى من قصور في استعمال الضمائر بعكس ما يفعله طفل التوحد الذي يخلط بين أنا وأنت وكذلك بالنسبة إلى غيرها من الضمائر .

طفل التخلف العقلي أسهل مراراً في التعامل معه في برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود فائقة وصبر في التعامل معه .

طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بإلقاء العيون بين المحادثين وهى نادراً ما تحدث مع طفل التخلف العقلي .

طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر بينما لا يحدث في طفل التخلف العقلي.

طفل التوحد ليس لديه القدرة على التعامل مع الآخرين بعكس طفل التخلف العقلي الذي يشارك أقرانه في أنشطتهم ويستمتع باللعب معهم.

طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدى مهارة فائقة في أحد المجالات كالرياضيات أو في الفن كالرسم والموسيقى أو الشعر أو النشاط الرياضي بشكل قد لا يستطيع الطفل العادي بلوغه وهى سمة لا توجد عند طفل التخلف العقلي.

التوحد من حيث انتشاره أقل بمراحل من التخلف العقلي فنسبة حدوثه ٢- ٣% على الأكثر بينما التخلف العقلي ينتشر بنسبة٣% من المجتمع أو أكثر.

طفل التوحد لا يفهم المظاهر الانفعالية أو العاطفية كما أن لديه قصورا وغياب القدرة على التعبير عنها على عكس ما يحدث لطفل التخلف العقلي.

طفل التوحد لا يقتصر عجزه على التواصل اللغوي فقط بل يمتد أيضاً ليشمل التواصل غير اللغوي بالعيون بتعبير الوجه - بحركة الأيدي والحركات البدنية وتنغيم نطق الكلمات *Auxiliary Language* بينما لا يحدث ذلك في حالة التخلف العقلي(إلا في الحالات الشديدة).

طفل التوحد غالباً نموه اللغوي متوقف أو محدود للغاية وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات فمن النادر أن يستخدمها في التواصل ومن هنا يأتي القصور في التعبير اللغوي أو استقباله.

طفل التخلف العقلي يشارك أقرانه في أنشطتهم ويستمتع باللعب معهم وممارسة تقليد الآخرين بعكس طفل التوحد الذي يعزف عن ممارسة تلك الأنشطة.

طفل التوحد لا يرحب (بل يرفض) حمل الأم له أو احتضانه أو تقبيله بعكس طفل التخلف العقلي .

طفل التوحد يعيش في عالمه المغلق وكأن حواسه وجهازه العصبي المركزي قد توقف عن العمل وعن الاهتمام بما حوله ، فهو لا يبالى بمن حوله لدرجة أن علاقته بأمه ليست أكثر من علاقته بأي شيء في بيئته حتى لو كان كرسياً أو لعبة أو ملعقة .

التوحد إعاقة يولد بها الطفل وتظهر أعراضه مبكراً في حدود زمنية أقصاها ٣٠ شهر أما التخلف العقلي فقد يولد به أو يحدث بعد الولادة نتيجة حادث يؤدى إلى تلف في المخ أو إصابة بمرض معدي(كالالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية).

ب-الأوتيزم - الإعاقة السمعية :

قد يتداخل الأمر على البعض ويخلطون بين تشخيص الطفل التوحدى وغيره أو قد يذهبون في تصنيف الأطفال كتوحديون في حين قد تستوجب الحالة تشخيصا آخر أكثر ملائمة فعلى سبيل المثال فإن الطفل المتخلف عقليا الذي يظهر بعضا من أعراض التوحد قد تشخص حالته على أنه طفل توحدى وذلك اعتمادا على سمة أو سمتين وحيث أن مصطلح التوحد قد صادف اهتماماً شعبياً واسعاً بحيث نجد أن الأخصائيين الإكلينيكيين قد يميلون إلى استخدام هذا المصطلح عند تشخيص الحالات بشكل مشروع . في حين أكد الباحثون على أن تشخيص التوحد يجب أن يعتمد على تقييم موضوعي دقيق . (طارق النمرى ، زيدان السرطاوى ، ٢٠٠٢: ٣).

يوضح (لويس كامل مليكة ، ١٩٩٨) إلى أنه نظراً لأن الطفل التوحدى غالباً ما يكون صامتاً أو قد يظهر عدم اهتمام انتقائي باللغة المنطوقة في مرحلة مبكرة فإنه قد يظن غالباً انه أصم ولكن الملامح التالية قد تكون فارقة أو مميزة بينهم :

الطفل التوحدى قد يبأبىء *Babble* (أي يتكلم كالأطفال) أحياناً بتواتر قليل.

بينما يكون الطفل الأصم تاريخ من البأبأه العادية التي تتضاءل تدريجياً وقد تتوقف في النصف الثاني من السنة الأولى من حياة الطفل الأصم .

الطفل المصاب بخلل شديد في السمع يستجيب فقط للأصوات المرتفعة .

بينما يتجاهل الطفل التوحدى الصوت المرتفع أو الصوت العادي ويستجيب للصوت الناعم الذي يهمه .

الطفل الأصم يكون عادة مرتبطاً بوالديه ويسعى إلى حبهم وهو كوليد يستمتع برفع والديه له بين زراعيهم .

الطفل التوحدى لا يستجيب لوالديه ولا يظهر استجابة لهم عند اهتمامهم به.

ويتفق كل من عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٠) ، محمد الخطيب (٢٠٠٥) على توضيح أهم الفروق بين الأطفال التوحديون والأطفال ذوى الإعاقة السمعية على النحو التالي:

معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من نظيرتها في حالات التوحد

حالات الإعاقة السمعية لها القدرة على تكوين علاقات اجتماعية على عكس أطفال التوحد .

يميل أطفال التوحد إلى الانسحاب الاجتماعي والانزعاج من الروتين بشكل أساسي مقرنة بالأطفال المعاقين سمعيا .

يمكن للطفل التوحدى تحقيق تواصل لفظي بينما لا يستطيع الأصم .

يسهل تشخيص الإعاقة السمعية بالفحص الطبي لأجهزة السمع والكلام بينما توجد صعوبة في تشخيص التوحد نظراً لعدم وجود أدوات مقننة لهذا العرض .

ويشير كل من سيمونز وأوشى(Simons & Oishi,: 1987: P.31) : إلى أن الفرق بين الأوتيزميين والمعاقين سمعيا في أن المعاقين سمعيا يحاولون التواصل عن طريق الإشارات والإيماءات ، كما أنها تقوم بالتواصل العيني وهو ما يفتقر إليه التوحديون وفي حين يوجد قصور عام في الاستجابة لدى الأوتيزم حيث يستجيب الأطفال الأوتيزميين للأصوات بشكل متنافر ومتناقض فإن ذلك لا يوجد لدى الأطفال المعاقين سمعيا .

ويشير بيركى (Berke,2003) إلى أنه يتم إساءة التشخيص لكل من التوحد والإعاقة السمعية أو الخلط بينهم حيث أن الطفل التوحدى قد يبدى بعض السمات التى يبديها الطفل الأصم إذ نجده أحيانا وكأنه لا يسمع ومن هنا فقد يتم تشخيصه على أنه أصم وقد تم تشخيص الأصم في الجانب الآخر على أنه توحدى نظراً لما قد يصدر عنه من سلوكيات.

ويرى (رشاد موسى ،٢٠٠٢، ٣٩٠) أن تشخيص التوحد بين الأطفال تاريخيا اقتصر على الأحكام التي يصدرها الإكلينيكيون ، حيث قام عليها في أغلب الأحيان أخصائيو الطب النفسي والأخصائيون النفسيون ممن لديهم الخبرة من واقع عملهم مع هذا المجتمع وتعتبر أكثر الإجراءات المناسبة في الوقت الحاضر للتعرف على أفراد التوحد هي قوائم ومقاييس التقدير.

وتمتاز هذه الإجراءات بعدد من الميزات حيث تسمح بمشاركة أكبر من الوالدين والمعلمين والعاملين الآخرين ممن لديهم أثر غير مباشر على عملية التشخيص ، على عكس إجراءات التشخيص الكلينيكية ، وتتمتع مقاييس التقدير وقوائم الشطب بإجراءات مقننة للاستخدام وبمعايير ودرجات كمية ، وهكذا يمكن تقيمها سيكومتريا ويمثل تشخيص التوحد لدى الأطفال تحديا خاصاً للأخصايين النفسيين والمهنيين الآخرين ممن يتعاملون مع اضطرابات الطفولة إذ تظهر صعوبة ذلك في التعرف والتصنيف الدقيق للتوحد لأن أعراضه تظهر بدرجات متفاوتة وغالبا ما تتداخل مع اضطرابات نمائية أخرى.

ويشير (عبد الرحمن سيد سليمان ، ٢٠٠٠) : إلى أنه من بين الأعراض أو السلوكيات الثانوية التي قد يظهرها الأطفال المعاقون سمعياً السلوك الإنسحابي ، والانزعاج من تغيير الروتين أو بعض السلوكيات الأخرى المتشابهة وهم في هذا قد يشتركون مع بعض سلوكيات الأطفال التوحديين مع وجود فارق جوهري هو أن السلوك الإنسحابي والانزعاج من تغيير الروتين وما إلى ذلك أعراض أولية وأساسية لدى الأطفال التوحديين ، وعلاوة على ذلك فإن الأطفال التوحديين لا يعانون من الصمم في أغلب الأحيان وإذا ساق الطبيب المعالج الشك في أن الطفل توحدياً فإنه يتعين فحص سمعه للتأكد من إصابته بالصمم أم لا.

ج-الأوتيزم – فصام الطفولة :

يمكن تشخيص فصام الطفولة في السنوات الخمس الأولى بحيث يمكن تفريقه عن التوحد وذلك من خلال غلبة الأعراض المرضية وانتشارها وخاصة اضطرابات التفكير والهلوسات والتي لا تحدث عند الأطفال التوحديين من جهة ثانية فإن أكثر الأطفال الفصاميين لا يملكون تاريخاً سابقاً في أعراض التوحد كما أن أكثر الأطفال التوحديين لا تتطور الحالة عندهم إلى فصام أم بالنسبة للذين يكون أداؤهم اللفظي مرتفعاً منهم فقط تتطور الحالة عندهم إلى فصام نمطي في مرحلة الطفولة المتوسطة والمتأخرة أو في المراهقة والشد باعتبارها عواقب لتطور حالة توحد سابقة ، وقد وصف عدد من العلماء مجموعة من الأطفال بعضهم يملك أعراض التوحد خلال سنوات الطفولة المبكرة وفقاً لمعيار الفصام كما وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث والرابع للأمراض النفسية ظهر عند الراشدين التوحديين الاضطراب الانفعالي نفسه الذي ظهر عند الراشدين الفصاميين ولكنهم لم يظهروا اضطرابات التفكير مثل الهذيانات والذهول.

يشير (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠٠) إلى أن البداية في التعرف على اضطراب التوحد كانت استخدام أعراضه كأحد الأعراض الرئيسية في اضطراب الفصام الانسحاب أو الشعور بالوحدة النفسية ، وعلى هذا الأساس كان افتراض حدوث خلط بين أعراض الإضطرابين أمر وارد ولذلك لم يكن من المستغرب أن يرادف بعض الباحثين بين المصطلحين ويستخدمونهما بشكل تبادلي (بمعنى أن الإجتراري هو الشخص الفصامى والعكس ، وبتعدد الدراسات في مجال التوحد أمكن الوقوف على أوجه التفريق بينهما وهذه الفروق يمكن الإشارة إليها على النحو الآتي :

الفصاميون قادرون على استخدام الرموز في حين أن التوحديون ليس بإمكانهم ذلك.

التوحديون لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة بينما الفصاميون بإمكانهم إقامة علاقات مع الآخرين ، وعلاقتهم بصفة عامة مع البيئة قلقة ومشوشة.

الفصاميون يعانون من الهلاوس والهذيان وهو غير موجود عند التوحديون.

التوحد تبدأ أعراضه في الظهور قبل الشهر الثلاثين في حين تبدأ أعراض الفصام عادة في بداية المراهقة أو في عمر متأخر من الطفولة.

نسبة الإصابة بين الذكور والإناث في التوحد هي تقريباً ٤ – ١ بينما يتساوى الذكور والإناث في نسبة الإصابة بالفصام فضلاً عن أن الجينات قد تفسر الفصام أكثر من تفسيرها للتوحد.

ويشير (محمود حمودة،١٩٩١، ١٠٥) إلى أن العلاقة بين الفصام والتوحد في أن الإصابة بالفصام نادراً ما تحدث في الطفولة بينما المصابين بالتوحد قد يكون لديهم عديد من الأعراض السالبة للمرحلة المتبقية من الفصام مثل العزلة الاجتماعية ، والانسحاب ، والسلوك مفرط الغرابة ، والوجدان المتبلد غير المناسب وغرابة اللغة ، والآلية المتكررة للأفعال.

ولذلك فإن برونو (Bruno,1993: 29)، (Frith,2003: 68- 69) يشيرا إلى ضرورة التمييز بين الأوتيزم و الفصام في وقت مبكر ، حيث كان يعتقد أنهما متماثلان إلا أن الفصام في الطفولة يحدث بعد فترة من النمو الطبيعي كما أنه يوجد لهم ضلالات وهلاوس أما الطفل التوحدى فلا يعانى من ذلك.

كما أوضح جولدستين وآخرون (١٩٨٦) أن التشابه بين الاضطرابات كان منطقياً لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون التوحد بالفصام إلى أن استخدمت التفرقة النسبية بينهما من خلال نتائج بعض الدراسات وكان أهم أوجه الاختلاف ما يلي :

أن الطفل التوحدى غير قادر على استخدام الرموز بالمقارنة بالفصامى .

ضعف النمو الاجتماعي عامة لدى الطفل التوحدى أكثر من الفصامى .

يبدأ ظهور التوحد قبل سن عامين ونصف بينما الفصام يبدأ في عمر متأخر من الطفولة أو مع بداية المراهقة .

ضعف النمو اللغوي عامة لدى الأطفال التوحديون أكثر من الفصاميين .

وقد خصص (Rimland) الفرق بين كلا من فصام الطفولة والتوحد كما هو في الجدول الآتي

جدول يوضح الفروق بين كلا من فصام الطفولة والتوحد (Rimland,1994: 543).

المظاهر الإكلينيكية	فصام الطفولة	التوحد
بداية ظهور العرض	بشكل تدريجي وبين عمر سنتين إلى ١١ سنة بعد فترة نمو الطبيعة	ظهوره تدريجيا بعد الولادة بثلاثين شهرا
المظاهر الاجتماعية	اهتمام منخفض مع الآخرين ،وانسحاب،وفقدان التواصل، وعلاقات معاقة مع الآخرين	الفشل في إظهار حركات إيمائية متوقعة،إصرار على التماثل،البقاء في عالمه الخاص حتى عندما يكون مع الآخرين

المظاهر المعرفية والذهنية	اضطراب التفكير،تشوه في التوجيه المكاني والزماني، ومتوسط متدني في الذكاء، مشكلات إدراكية	قدرة مكانية عالية ،ذاكرة جيدة ، ذكاء متعدد
الانفعالات	عيوب الاستجابة الانفعالية ، الانفعالات غير المناسبة ،ومتدنية	عدم الاستجابة انفعاليا مع الآخرين،ويمكن أن يستجيب بالتدريب لبعض الانفعالات البسيطة مثل: التقليد،الابتسامة، الضحك، السرور،من خلال تعبيرات الوجه
اللغة	اضطراب في الكلام ،بكم في الكلام غير المستعمل في التواصل	اضطراب في الكلام،بكم في الكلام غير المستعمل في التواصل،حرفية، مصاداة،عكس الضمائر
الحركة	حركات جسمية غريبة ،حركات نمطية وتكرارية ،تشوه في الحركة أو التنقل	تمايل الجسم والرأس،انشغال بالأشياء الميكانيكية،حركات نمطية
الأنماط الحركية والجسمية	نمو جسمي غير معتاد أو اضطراب الأنماط الإيقاعية ،التخطيط الكهربائي للدماغ EEG شاذ	عادات تناول طعام شاذة،تفضيل أطعمة معينة،التخطيط الكهربائي للدماغ EEG طبيعية،مستوى ذكائي وتربوي ومهني وانفعالي أفضل.

د-الأوتيزم - اضطرابات التواصل:

أوضحت دراسة سميث (Smith,1995) بعض الفروق بين الأوتيزم واضطرابات التواصل على النحو التالي :

العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى الطفل التوحدى بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين .

يُظهر الطفل التوحدى تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بينما المضطرب في التواصل يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضا عن مشكلة الكلام .

كلاهما يمكنهما إعادة الكلام إلا أن التوحدى يظهر إعادة الكلام المتأخر من الجمل والعبارات بعكس الطفل المضطرب تواصليا.

وتميز آمال باظة (٢٠٠١، ٧٦) بين أطفال التوحد وذوى اضطراب التواصل حيث يبدى أطفال التواصل تواصلا بالإيماءات وتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلات الكلام ، بينما أطفال التوحد لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة.

ويشير (عبد الرحمن سليمان،سميرة محمد سند ،إيمان فوزي سعيد ٢٠٠٤ ٨٠) إلى بعض الفروق بين اضطراب التوحد واضطرابات التواصل كما يلي :

يظهر التوحديون وذو اضطرابات النطق والتواصل إعادة الكلام وترديده غير أن التوحديون يتميزون بترديد أواخر الكلمات بدرجة أكبر.

يظهر الطفل التوحدى تعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة ، بينما ذو اضطراب التواصل يمكنه تحقيق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه وذلك تعويضا عن مشكلة الكلام .

يعجز الأطفال التوحديون عن استخدام اللغة كأداة للتواصل ، بينما يتعلم الطفل ذو اضطراب التواصل معاني ومفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين .

ويشير علاء كفافي(٢٠٠١: ١٤) إلى أن اضطراب اللغة سواءً كان في اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية – التعبيرية المختلطة فإنه يكون هناك عطب في استخدام اللغة ولكنه يكون مصحوبا بوجود تضرر كبير في كيفية التفاعل الاجتماعي والأنماط المحددة والمكررة من السلوك التي نجدها في الاضطراب التوحدى .

وتشير (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٢) : إلى أن محمود حمودة قد قدم النمطية اللفظية كأحد المحاور الثلاثة للتشخيص الفارق للتوحد لدى الأطفال وشمل تكرار الكلمات أو الجمل دون فهم للمعنى وأحياناً ناتجة لتذكر قصير المدى أو طويل المدى وأضاف أيضاً وجود شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته أو الضغط على المقاطع والكلام على وتيرة واحدة وأحيانا ينخفض الصوت أو يرفعه بدون داعي وكأن لا يشعر بوجود الآخرين وأيضاً شذوذ في شكل ومحتوى الكلام ، وعدم القدرة على تسمية الأشياء ، ويرجع ذلك إلى ضعف الإدراك وعدم القدرة على استخدام الرموز ، وذلك لضعف القدرة التخيلية التي يظهرها لديه العجز عن اللعب التخيلي للأدوات أو الأشخاص أو القصص الخيالية .

ويرى (عبد الرحمن سيد سليمان: ٢٠٠٠: ٧٨) أن الدراسات أشارت إلى أن هناك أوجه تشابه بين اضطرابات اللغة الاستقبالية واضطرابات اللغة التي يظهرها الأطفال التوحديون كما أشارت نتائج الدراسات في هذين الإضطرابين ، وكذا التمييز يمكن التعرف عليه من خلال أن الأطفال ذوى الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل مع الآخرين بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما لا يظهر الأطفال التوحديون أية تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة ، وقد تظهر المجموعتان إعادة الكلام وترديده غير أن الأطفال التوحديين مميزين بترديدهم للكلام (المعاداه) وخاصة ترديد أواخر الكلمات أكثر وفي حين يخفق الأطفال التوحديون في استخدام اللغة كوسيلة اتصال يكون بإمكان الأطفال المضطربين لغويا أن يكتسبوا مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين وهكذا يمكن النظر إلى القدرة على التعلم (أو القابلية للتعلم) والقدرة على التعامل مع الرموز على إنها قدرات فارقة ومميزة بين الأطفال التوحديين والأطفال المضطربين لغويا .

هـ-الإضطرابات النمائية الأخرى :

-اضطراب ريت :

يشير (أحمد فهمي عكاشة ، ١٩٩٨) إلى أن السمة المميزة لهذه الفئة (زملة ريت) هي فقدان حركات اليد الهادفة والمهارات اليدوية الحركية الدقيقة يصاحبها فقدان كامل أو جزئي أو انعدام في ارتقاء اللغة وحركات نمطية معينة تلتف فيها اليد أحداهما حول الأخرى أو تقوم بحركة غسيل مع وضع الذراعين في حالة انثناء أمام الصدر أو الذقن بلل نمطي لليدين بواسطة اللعاب ، عدم المضغ الجيد للطعام ، نوبات كثيرة من فرط التنفس فشل دائم تقريباً في القدرة على التحكم في التبول والتبرز ، والشيء الاجتماعي المميز لهم هو أن يحتفظ الأطفال بنوع من الابتسامة الاجتماعية على وجوههم فينظرون إلى الآخرين أو خلالهم ولكنهم لا يتفاعلون معهم وخاصة في الطفولة المبكرة ، وان كان التفاعل الاجتماعي كثيراً ما يرتقى في مرحلة متأخرة.

ويشير عثمان فراج(٢٠٠٣: ١١٩-١٣١) إلى متلازمة ريت بأنها إحدى اضطرابات النمو الشاملة *disorder,pevelopmetal* بل تعتبر من أشد إعاقات تلك المجموعة حيث تأثيرها على مخ الفرد المصاب وفقدانه القدرة على الاحتفاظ بما اكتسبه من خبرات وما تعلمه من مهارات (كالمشي والكلام ...الخ) وكثيراً ما تصاحبها درجة من درجات التخلف العقلي بالإضافة إلى ما تسببه من إعاقات حركية أو إعاقة تواصل ونوبات صراعية تزيد من إعاقة الفرد عنفا وتحدث بمعدل حالة واحدة من كل ١٠,٠٠٠ حالة ولادة حية.

ويشير (علاء عبد الباقي إبراهيم ، ٢٠١١) : إلى أوجه التشابه بين التوحد ومتلازمة ريت

نمو طبيعي خلال السنتين الأولى والثانية من العمر يليه حالة من القصور الشديد في نمو المهارات اللغوية والاجتماعية ، ومهارات التفاعل المكتسبة .

قصور في القدرة على الكلام وأحياناً فقدان كامل للكلام .

نقص شديد في القدرات المعرفية والتفكير .

عدم القدرة على التواصل مع الآخرين .

اضطراب الانفعالات ونوبات ضحك أو صراخ بدون مبرر .

ويشير (عثمان فراج) إلى أهم أوجه الاختلاف بين الريت والتوحد موضحة بالجدول التالى:

جدول يوضح التشخيص الفارق بين التوحد والريت (عثمان فراج :٢٠٠٢، ١٣١).

مسلسل	الريت ret	التوحد autisme
١	يبدى المصاب تدهورا واضحا تدريجيا في النمو مع تقدم العمر	قصور النمو موجود وظاهر بعد الميلاد (مبكرا)
٢	اضطراب وعشوائية ونمطية حركية اليد (عرض مميز)	غالبا لا توجد وإذا وجدت فهي غالبا نتيجة عادات مكتسبة
٣	غياب التوازن - ترنح في المشي - غياب التناسق الحركي	الوظائف العضلية الكبيرة سليمة
٤	فقدان تام للوظائف اللغوية	قد يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها
٥	اضطراب التنفس أحد الأعراض الرئيسية	اضطرابات التنفس نادرة أولا توجد
٧	نوبات الصرع تظهر مبكراً في ٧٥% من الحالات عنيفة ومتكررة ويصاحبها إفرازات فميه يحدث عند الإناث فقط .	نوبات الصرع قليلة أو نادرة وإذا ظهرت ففي مرحلة المراهقة يحدث عند الذكور والإناث وينتشر بين الذكور أكثر من للإناث .

ويتفق كل من عادل عبد الله (٢٠٠٢: ٢١٦) ، سها أمين (٢٠٠٢: ٣٦) على أن زملة ريت هي اضطراب يصيب الإناث فقط ، ويظهر في صورة سلوك يشبه التوحد حيث اختلال في نمو الرأس ومشاكل في تناغم العضلات ومشكلات في حركات أو استخدام اليد متمثلة في عدم القدرة على الكتابة أو الحركة ويبدأ ذلك في السن من ١- ٤ سنوات

-اضطراب اسبيرجر :

هذا الاضطراب اكتشفه هانز اسبيجير *Aspergers* عام ١٩٤٤ واعتبره أحد اضطرابات الشخصية وكان يتشابه في أعراضه مع بعض أعراض التوحد ، حيث أن اكتشافات (اسبيرجير) ظهرت في نفس الوقت الذي أعلن فيه (كانر) عن ملاحظاته للأطفال ذوى التوحد وقد أطلق(اسبيجير) على الاضطراب الذي اكتشفه المرض النفسي الأوتيستى*Autistic pcychopath* واعتبره حالة مخففة من التوحد.

ويشير (عادل عبد الله محمد ،٢٠٠٢) : إلى أن هذه المتلازمة تنتسب إلى مكتشفها النمساوي هانز اسبيرجر *Hans Asperger* حيث اعتقد في البداية أن هذا الاضطراب يعد أهم الاضطرابات الشخصية ، ويتسم بالحديث المتكرر واستخدام الألفاظ غير الشائعة مع قصور في التفاعلات الثنائية ، وقدرة باهرة على التفكير المجرد ، ووجود مجالات اهتمام خاصة إلى جانب اللعب النمطي والمتكرر ، وتجاهل المتطلبات البيئية مع الأصالة والابتكار في مجالات منتقاة وكذلك لاحظ أنه يحدث بين الأطفال بنسب ١: ١٠٠٠٠ طفل ويزداد انتشاره بين البنين قياساً بالبنات ، وكما أن من الأكثر احتمالاً أن تتم ملاحظة أعراضه بين الأطفال ذوى مستوى الذكاء المرتفع ، أو ممن يتميزون بارتفاع مستوى قدرات معينة لديهم ، إلا أنه من الممكن ملاحظة مثل هذه الأعراض بين الأطفال ذوى معامل الذكاء المتوسط ، أو الأقل من المتوسط ، وأنه نادراً ما يحدث بين الأطفال ذوى الإعاقات الفكرية .

ويشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى ،٢٠١٢) : إلى أهم الفروق بين متلازمة اسبيرجر والتوحد :

المصابين بمتلازمة اسبيرجر هم ذوى اضطراب توحد ذو أداء مرتفع.

المصابين بمتلازمة اسبيرجر لا يعانون من إعاقة فكرية بل قد يتمتعون بقدرات ذكاء طبيعية أو ما يفوق ذلك ، وفي المقابل يعانى نحو ٧٥- ٧٧% من المصابين بالتوحد تأخراً فكرياً بالإضافة إلى أن جميعهم دون استثناء ومهما كانت قدراتهم الإدراكية يواجهون تأخراً ملحوظاً في النمو اللغوي ، وهى مشكلة لا تواجه ذوى متلازمة اسبيرجر.

أن النتائج المتوقع تحقيقها مع ذوى متلازمة اسبيرجر أكثر إيجابية.

الاضطرابات العصبية أقل شيوعاً لدى ذوى متلازمة اسبيرجر

صعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي أكثر شدة لدى المصابين بالتوحد مستوى الذكاء اللغوي يكون عادةً أعلى من مستوى الذكاء العلمي لدى ذوى متلازمة اسبيرجر في حين أن عكس ذلك هو الصحيح لدى المصابين بالتوحد تظهر الحركات غير المتقنة لدى ذوى متلازمة اسبيرجر أكثر مما تظهر لدى ذوى اضطرابات التوحد.

تظهر الأعراض في مرحلة متأخرة لدى ذوى متلازمة اسبيرجر بينما تظهر بعد سن الثالثة لدى التوحد.

ليس هناك حتى الآن حالات موثقة عن متلازمة اسبيرجر تبين حدوث انتكاس أو ترجع في النمو كما هو الحال في التوحد.

ويشير(أحمد فهمي عكاشة ، ١٩٩٨) : إلى أن زملة اسبيرجر هي نوع من الاضطراب غير المؤكد في قيمته التصنيفية ، يتميز بنفس النوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي المتبادل الذي يميز الذاتوية بالإضافة إلى مخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات ، وتختلف عن الذاتوية أساساً في أنه لا يوجد تأخر أو تخلف عام في اللغة أو في الارتقاء المعرفي ، وعادة ما تظهر في الذكور.

كما يمكن أن نفرق بين الاضطراب الاجترارى وبين اضطراب اسبيرجر في أن الاضطراب الأخير يتميز بالنقص أو التأخر في الارتقاء اللغوي ، علماً بأنه لا يتم تشخيص اضطراب اسبيرجر إذا ما انطبقت محكات تشخيص الاضطراب الاجترارى على الحالة.(علاء الدين كفافى، ٢٠٠١).

وقد يأتي تشخيص متلازمة اسبيرجر في مرحلة متأخرة عن التوحد أي في الطفولة المتأخرة والمراهقة وهذا لا يعنى أن الحالة أخف ويمكن أن تغفل في مرحلة مبكرة من النمو ومع ذلك فإن تأثيرات الحالة ليست بالضرورة أن تكون بسيطة بل أنها تصبح أكثر ملاحظة مع زيادة السن .*(Frit,2003: 11*)

ويشير (عثمان لبيب فراج ، ٢٠٠٢) : إلى أنه توجد جوانب تشابه وجوانب اختلاف بين الذاتوية وبين زملة اسبيرجر وتدور أوجه التشابه حول نواحي القصور في القدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل وفي محدودية الاهتمامات وأوجه النشاط أما عن أوجه الاختلاف بينهما فيمكن عرضها على النحو التالي :

طفل التوحد يعانى من تأخر أو توقف تام في النمو اللغوي والقدرة على التخاطب بينما طفل الاسبيرجر لا يعانى من هذه الأعراض ولو أنه قد يعانى من صعوبة في تفهم كلام الآخرين.

طفل التوحد يعانى من قصوراً ملحوظاً في النمو المعرفي مقارنة بطفل الاسبيرجر.

أكثر من ٧٠% من حالات التوحد تعانى من تخلف عقلي مما يزيد من صعوبة وشدة هذه الإعاقة بينما تلاحظ في حالات الأسبيرجر ندرة في حالات التخلف العقلي.

طفل الأسبيرجر لا يتجنب الآخرين من الأقران أو الكبار كما يفعل طفل التوحد بل يقبل على التعامل معهم بنشاط ضيق ومحدود.

أعراض التوحد تبدأ في الظهور قبل عمر سنتين بينما أعراض الأسبيرجر غالباً ما تظهر متأخرة عند عمر ٤- ٦ سنوات وأحياناً بعد ذلك.

كلاهما يعانى من العزلة الاجتماعية إلا أن الفرق بينهما هو أن طفل التوحد غير واعي بوجود الآخرين حوله بينما طفل الاسبيرجر يدرك جيداً وجود الآخرين حوله ويشعر بهم ويبذل محاولات مستميتة للحديث معهم.

ويقول عادل عبد الله (٢٠٠٥ : ٢٣٢) أن البعض يطلق على هذا الاضطراب اضطراب التوحد ذو المستوى المرتفع من الأداء الوظيفي ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ووجود أنشطة واهتمامات مقيدة ومحددة جداً مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الكلينيكية في اللغة وتتراوح نسبة ذكاء الفرد في هذا الاضطراب بين المتوسط إلى المرتفع وربما المرتفع جداً ، حيث من الملاحظ أن هذه الفئة تضم أطفالا موهوبين.

ويرى شيورمان وويبر (*Scheuerman & Webber,2002,11*) أن الطلاب ذو المستوى الوظيفي العالي للتوحد أو اضطراب اسبيرجير قد يحصلون على متوسط أو فوق المتوسط في اختبارات الذكاء وقد يكون لديهم مهارات شفوية إلى حد كبير وبالرغم من ذلك فإنهم قد يتواصلون بشكل ضعيف ،لديهم عدد ضئيل من الأصدقاء يصابون بالغضب والضيق إذا ما تم خرق النظم المعتادة ، ولديهم مهارات حركية سيئة بما فيها الكتابة ، وقد يظهرون سلوكيات نمطية .

-اضطراب الطفولة التفككى :

يتميز بالنمو الطبيعي في أول عامين من حياة الطفل ثم يحدث فقدان في المهارات السابق اكتسابها في التعبير والفهم اللغوي والتكيفية في التحكم في التبول والتبرز واللعب والمهارات الحركية .(عمر بن الخطاب،٢٠٠١، ٢٠).

ويعتبر هيلر (Heller) (١٩٠٨) هو أول من اكتشف حالة اضطراب الطفولة التفككى وذلك بعد وصفه نتائج متابعة ستة أطفال تراجعت قدراتهم اللغوية والاجتماعية ، ولقد كان لهذا الاضطراب الذي اكتشفه هيلر عدة أسماء عبر السنين منها ، الخوف الطفولى ، ومتلازمة هيلر ، والذهان التفككى ، وهذا الاضطراب جديد ونادر جداً حيث لا تتعدى نسبته واحد لكل ١٠٠٠٠ ولادة تقريباً ، وفي إحدى الفحوصات التي أجريت في اليابان لوحظ بأن حوالي ٨٠% من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب قد أظهروا بعض التحسن في استرجاع مهاراتهم المفقودة ، وذلك بعد سن الرابعة رغم استمرار معاناتهم من الإعاقات.

كما يتسم هذا الاضطراب بحدوث نمو طبيعي للطفل خلال أول عامين من حياته على الأقل ثم يفقد الطفل المهارات التي اكتسبها من قبل . (عادل عبد الله ، ٢٠٠٢) .

وقد حددت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين المعايير التشخيصية لاضطراب الطفولة التفككى على النحو التالي :

نمو طبيعي لا يقل عن سنتين بعد الولادة مع وجود تواصل لفظي ، وغير لفظي مناسب للعمر الزمني والعلاقات الاجتماعية ، واللعب ، والسلوك التكيفي.

الفقدان الملحوظ سريرياً للمهارات المكتسبة سابقاً قبل سن العاشرة فيما لا يقل عن اثنين من المجالات الآتية :

اللغة التعبيرية أو الاستقبالية

المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي

التحكم في الأمعاء والمثانة

المهارات الحركية

أنشطة غير طبيعية فيما لا يقل عن اثنين في المجالات التالية :

إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي مثل ضعف السلوك غير اللفظي والفشل في تكوين صداقات ، ونقص التفاعل الاجتماعي والعاطفي.

أنماط محددة ومتكررة ونمطية للسلوك ، والاهتمامات والأنشطة .

إن هذا الاضطراب غير مفسر بشكل مقبول ضمن أي اضطراب تطوري عام أو فصام

أهم الفروق بين اضطراب الطفولة التفككى واضطراب التوحد (إبراهيم العثمان ، ايهاب الببلاوى ٢٠١٢).

الاضطراب وجه المقارنة	اضطراب الطفولة التفكك	التوحد
العمر عند ظهور الإعاقة	من ٣- ٥ سنوات وقد يصل إلى ما بعد العاشرة من العمر	قبل سن الثالثة من العمر
مستوى التراجع الناتج/التوقعات	فقدان تام للقدرة على التحدث بعد اكتسابه جمل طويلة غالباً ما نتوقع صعوبة القدرة على استعادة ما فقده الطفل.	يفقد بعض الكلمات عندما لايتجاوز١٠ كلمات غالباً ما نتوقع نتائج أكثر ايجابية من الاضطراب التفككى .

ويشير حسن عبد العاطي (٢٠٠٣: ٥٧٩) إلى أن اضطراب عدم التكامل في الطفولة يتميز عن التوحد بفقدان النمو السابق اكتسابه قبل بداية عدم تكامل الطفولة ، حيث تكون اللغة قد تقدمت إلى مستوى تكوين الجمل وهذا يختلف عن التوحد الذي تزيد اللغة فيه عن كلمات مفردة أو عبارات قبل تشخيص اضطرابه وإن الأطفال المصابين بعدم التكامل من المحتمل ألا تكون لديهم قدرات لغوية.

د-التوحد والاضطراب النمائي غير المحدد في مكان آخر :

يشير خالد عبد الله(٢٠٠٤: ٢٠٢)إلى أن هذا الاضطراب يشار إليه عادة على أنه اضطراب توحدى غير نمطي أو غير نموذجي ، ويتم تشخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك المحكات الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شامل وشديد في عدد من السلوكيات المحددة.

ويرى هارتمان ولآخرون (Hartman et al,2006,320) أنه طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي DSM-Iv-TR (٢٠٠٢) فإن هذا الاضطراب يتم تشخيصه لدى الطفل عندما يعانى من إعاقة شديدة وشاملة في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي والمرتبطة بالإعاقة في كل من مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي مع وجود السلوك النمطي والأنشطة والاهتمامات النمطية دون التوصل إلى المحك الخاص بإحدى الاضطرابات النمائية.

ويشير (إبراهيم عبد الله الزريقات ، ٢٠٠٤) : إلى أن هذا الاضطراب يعرف بالتوحد غير النمطي ويستخدم هذا التصنيف في حالة وجود إعاقة شديدة عامة في تطور التفاعل الاجتماعي المتبادل ، أو في مهارات التواصل اللفظية ، وغير اللفظية ، أو عندما توجد أنشطة واهتمامات وسلوكيات نمطية ولكنها غير مصنفة على أنها اضطراب نمائى عام محدد ،أو فصام ، أو اضطراب الشخصية الفصامية أو اضطراب الشخصية التجنبى.

رابعاً - اضطرابات لاند كلفنر :

الأطفال المصابون بزملة السندروم يظهرون العديد من السلوكيات الذاتوية مثل الانسحاب الاجتماعي ، الإصرار على نفس الشيء ومشكلات اللغة ويعتقد أن لديهم نكوصاً ذاتوياً بسبب ظهورهم كأسوياء حتى بعض الوقت من ٣- ٧ سنوات لديهم مهارات لغوية جيدة في طفولتهم المبكرة ولكن يفتقدون قدرتهم على الكلام تدريجياً كما أن لديهم موجات غير طبيعية في تخطيط الدماغ يمكن تحليلها خلال فترات ما.

خامسا ً- اضطرابات الذهان :

يشير (محمد عشيش، ١٩٩٣) : إلى أن الذهان حالة تعيق الطفل عن فهم الواقع وعن فهم واقع غيره ، ونسبة وجوده بالمجتمعات من ٥، ٠ إلى واحد في الألف حسب الإحصائيات ، ويقسم الذهان إلى نوعين رئيسين :

(أ) -الذهان المبكر ويشمل :

الذهان الانطوائي : وتظهر أعراضه في السنة الثانية من العمر ويتصرف الطفل كأنه وحيد منعزل لا يسمع الأصوات من حوله كأنه لا يرى الناس المحيطين به.

الذهان التكافئي : ويظهر في سن متأخر نسبياً عن النوع السابق حيث يفتقد الطفل حدود ذاته وتظهر عليه حركات غريبة أو ترديد مرضى لما يقوله الآخرون.

الذهان التخلفي:حيث تظهر أعراض الذهان والتخلف العقلي معاً أي الذهان المصحوب بتخلف عقلي.

(ب)- الذهان المتأخر :

من الممكن أن يتطور الذهان لدى الأطفال بعد سن الخامسة ولكنه يختلف عن ذلك الذي يلاحظ في الطفولة المبكرة - ففي معظم الحالات يكون الذهان ضمن حالات الطبيب النفسي والذي يلاحظ غالباً لدى الراشدين مثل الفصام *Schizophrenia* **والهوس** *Mania* **أو الاكتئاب الذهانى** *Psychotic Depression* **ومثل تلك الإضطرابات هى نادرة كلية في الطفولة وبالمقارنة فأن الشائع لدى الأطفال هو " ذهان الطفولة الأولى المبكر"** *Childhood Psychoses* **(لورنا وينج ، ١٩٩٤).**

ويشير (شاكر عطية قنديل ، ٢٠٠٠) : إلى وجود بعض الاختلافات بين الذهان والأوتيزم على النحو التالي :

تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدى التوحدى بعكس الذهانى.

نقص الواصل اللفظي وغير اللفظي لدى التوحدى مقارنة بالذهانى.

نشاط حركي مفرط لدى التوحدى.

نسبة الإعاقة بين الذكور أكثر من الإناث (٤ - ١) في التوحد بينما تتساوى بين الجنسين في الذهان.

وجود هلاوس وهذيانات لدى الذهانى وعدم وجودها لدى التوحدى .

ظهور بعض أعراض التخلف العقلي لدى الذهانى وعدم وجودها لدى التوحدى .

التوحد اضطراب نمائي وسلوكي وانفعالي بينما الذهاني اضطراب عقلي .

سادساً- اضطرابات الذاتوية اللانمطية :

الذاتوية اللانمطية نوع من الاضطراب الارتقائي المنتشر يتميز عن ذاتوية الطفولة أما في عمر الطفل عند بدايته أو في عجزه عن استيفاء مجموعات المعايير الثلاث سنوات وتستخدم هذه الفئة ، حيث يظهر الارتقاء غير الطبيعي أو المختل لأول مرة بعد عمر الثلاث سنوات أو في غياب ما يكفي من العلامات غير الطبيعية في واحد أو اثنين من المناطق المرضية النفسية الثلاثة الضرورية كلها في تشخيص الذاتوية ألا وهى " التفاعلات الاجتماعية المتبادلة - التواصل - السلوك النمطي المحدود والمتكرر " وتنشأ الذاتوية اللانمطية غالباً في الأفراد ذوى التخلف العقلي جسيم الشدة . (أحمد فهمي عكاشة ،١٩٩٨).

سابعاً- اضطرابات الخرس أو الصمت الاختياري :

هناك عدد قليل من الأطفال الذين يتكلمون عند ظرف معين (مثل أن يتواجدوا في منزلهم) ويمتنعون عن الكلام في مكان آخر (مثلاً في المدرسة) وهذا شائع عادة عند الأطفال حديثي الحبو أو المشي عندما يبدءون في الكلام ، ولكن إذا استمر ذلك حتى سن المدرسة فحينذاك يجب أن يؤخذ في الاعتبار.

وقد تكون لدى الأطفال ذوى الخرس الاختياري مجموعة متنوعة من المشكلات الكلامية ، والسلوكية ، ولكن النمط السلوكي الخاص بهم يختلف عن ذلك الملاحظ لدى الطفل التوحدى ويجب أن يأخذ الشخص في حسبانه كل الأعراض مجتمعة دون أن يعتمد فقط على أن الطفل يظل صامتاً في بعض الأماكن ، وأحد أهم وابرز السمات هي أن الطفل ذي " الخرس الاختياري " يستطيع استخدام الكلام والإيماءات الجسدية بطلاقة وسهولة عندما يتحدث وانه لا يوجد لديه أي نوع من الاضطرابات الكلامية التي تنشأ في توحد الطفولة المبكر.

(٦) أشكال التوحد :

في الغالب يتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الشخص الذي يتم تشخيصه ، ولذلك فإن هناك أعراض كثيرة للتوحد ، ويختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر فقد تظهر عند طفل بينما لا تظهر عند طفل آخر . بالرغم من أنه قد تم تشخيصهما على أنهما مصابان بالتوحد . كذلك فقد تختلف حدة التوحد من شخص لآخر.

وعادة ما يستخدم المتخصصون مرجعا يسمى الدليل الأمريكي التشخيصي الرابع *DSM-IV Diagnostic and Atatistical Manual* الذي يصدره إتحاد علماء النفس الأمريكيين . وذلك للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد ، حيث يتم تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد من خلال هذا الدليل بالعناوين الآتية :

اضطرابات النمو الدائمة.

التوحد.

اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر .

متلازمة اسبيرجر *Aspergers syndrome*.

متلازمة ريت *Retts syndrome*.

اضطراب الطفولة التراجعي :

ويتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف أحيانا من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض وليس كل علامات التوحد فمثلا يتم تشخيص الشخص على أنه مصاب "بالتوحد " حينما يظهر عدداً معيناً من أعراض التوحد المذكورة في الموسوعة الإحصائية التشخيصية DSM-IV بينما يتم مثلا تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر ، حينما يظهر الشخص أعراضا يقل عددها عن تلك الموجودة في "التوحد" على الرغم من أن الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد . بينما يظهر الأطفال المصابون بملازمتي اسبيرجر و ريت أعراضا تختلف بشكل أوضح عن أعراض التوحد ، لكن ذلك لا يعنى وجود إجماع بين المتخصصين حول هذه المسميات بطريقة تختلف عن الآخر .

(٧)خصائص الأطفال التوحديون :

تشير آمال باظة (٢٠٠٣) إلى بعض الأعراض والخصائص الفارقة للأوتيزم تبعاً للدليل الرابع (DSM-IV) (١٩٩٤) ، والذي ورد ضمن الاضطرابات النمائية المنتشرة وغير المحددة وليس ضمن الاضطرابات الانفعالية والوجدانية :

ضعف في التواصل بالآخرين .

قصور في فهم الانفعالات وبالتالي فقد الاستجابة للآخرين .

عجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الانفعالات .

قصور في الأنشطة والاهتمامات لضعف التخيل .

ظهور الأعراض في عمر (٣٠) شهر أي قبل إتمام العام الثالث من عمر الطفل .

عجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الإشارات والأوامر اللفظية .

قصور واضح في النمو اللغوي مما يقلل من التواصل اللفظي .

تكرار المقاطع والكلمات .

الخوف والفزع ومقاومة التغيير والإصرار على التكرار النمطي والروتيني .

أ-الخصائص المعرفية :

تتفاوت القدرات المعرفية عند الأطفال التوحديين ، فقد يكونوا على مستوى عالي في شيء معين ، بينما يكونون متأخرين في أدائهم لشيء آخر ، ويرتبط هذا الاختلاف أحيانا بعدم قدرة هؤلاء الأطفال عل فهم المفاهيم الأساسية (Simons,J., and Oishi,S., :1985,p178)

ويختلف الأطفال التوحديين من حيث مستواهم العقلي فالغالبية حوالي ٧٥% منهم يعانون من الإعاقة الفكرية ، أما النسبة الباقية ٢٥% والتي يطلق عليهم ذوى الأداء المرتفع ، فهم يعانون من العجز الانفعالي والاجتماعي ،ولكنهم لا يعانون من العجز المعرفي كما أن لديهم بعض القدرة على الحديث مع الآخرين وهؤلاء يمكنهم في المستقبل الالتحاق ببعض الوظائف التي تتطلب انتباهاً للتفاصيل أو تفاعلا اجتماعياً محدوداً مثل العمل في مكتبة ، أو تشغيل ماكينة مفاتيح ، ويستطيعون القيام بهذه الوظائف على نحو مقبول.

- الإدراك :

تشير دراسة مارجورى (١٩٩٤) إلى أن الأطفال التوحديون لديهم مشكلات في الاستمرار في الأداء المعرفي كالتذكر لفترة كبيرة ، وهناك أطفال يعانون من مشكلات بصرية ومشكلات في استخدام الرموز وحل المشكلات .

(سها أحمد أمين : ٢٠٠٢: ٤٠-٤١) .

ويشير (شاكر قنديل ، ٢٠٠٠) : عن دراسة لفيرارى (١٩٨٣) قام فيها بملاحظة أطفال التوحد في سلوكهم لأعمار تتراوح مابين ٣ : ١٠ سنوات حيث قام بملاحظة ردود أفعالهم تجاه رؤيتهم لأنفسهم في المرآة وذلك بعد وضع لون أحمر على الأنف وبعد ذلك لاحظ أن الطفل قام بوضع يديه على أنفه لإدراكه بانعكاس صورته في المرآة ، وقد لوحظ هذا على الأطفال العاديين في سن ٢١ شهرا أنهم كانوا يلمسون أنفهم في التجربة ، ومن خلال ذلك نجد أن الطفل التوحدى قد يكون لديه نوع من الفهم لنفسه مثل العاديين ، وإن كان ذلك يأتي في مرحلة متأخرة من العمر من إدراكه لنفسه.

وتشير (نادية أبو السعود ، ٢٠٠٠) : إلى أن نتائج الدراسات المختلفة تبين أن الأطفال التوحديين يعانون من عجز في وظيفة الإدراك بصفها إحدى القدرات المعرفية ، حيث اتضح من خلال التقارير الإكلينيكية إن استجابات أطفال التوحد للمنبهات الحسية شاذة ، ورغم أنهم قد يغطون أعينهم أو آذانهم لتجنب منبهات معينة فإنهم يميلون إلى اللعب بالعاب الحركة السريعة ، وقد تبين من خلال ملاحظة التوحديين أنهم يميلون إلى تحريك أصابعهم أمام أعينهم كما يميلون إلى هز الأشياء ، وهذا يؤكد على أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطراب في عملية الإدراك .

وقد يجد الطفل التوحدى صعوبة في التوفيق بين الحركة والصوت ولا يستطيع تقليد الآخرين كما لا يستطيع اكتساب مهارات من خلال التقليد والمحاكاة ويميل إلى الخلط بين الشكل والأرضية ، ويكاد يوزع نظره على الأشياء بدون تركيز ، وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الأشياء ، ويوجد قصور في تنظيم وتكامل الإحساس لديه ، فالعيوب الإدراكية تمثل جزاً من الصورة الإكلينيكية للتوحد .

وتؤكد دراسة (حسن مصطفي عبد المعطى ، ٢٠٠١) : أن أطفال التوحد لديهم قصور في مدى الانتباه ، وانعدام القدرة الكاملة للتركيز على مهمة ما ، ويتفق معه في ذلك (عمر بن الخطاب خليل ،١٩٩١) : على أن مشكلة الاضطراب التوحدى تتمثل في اضطراب الإدراك حيث يهتم الطفل التوحدى ويستجيب لمنبهات بعينها بغض النظر عن كونها استجابة شاذة ولا يستجيب لمنبهات أخرى مما يعنى أن الخلل والقصور يكونان في الإدراك، هذا بالإضافة إلى عدم قدرته على التفاعل والتواصل مع الآخرين كما يعوقه عن الملل على زيادة المخزون في الذاكرة والارتفاع بمستوى القدرة المعرفية .

- الانتباه :

يشير محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥: ٣١ : ٣٢) إلى أن الأطفال التوحديون يظهرون انتقائية الانتباه وذلك من خلال الأحداث البيئية المحيطة بهم ، حيث أنهم يستجيبون بخبراتهم الحسية الأشياء . كما أن قدرتهم على التصنيف النواحي المعرفية من أكثر الملامح المميزة للاضطراب تتسم بالجمود . ولذا يعد الاضطراب في التوحدى وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين.

وتشير بعض الدراسات إلى أن ضعف الانتباه لدى التوحديين يرجع لعدم قدرتهم على انتقاء المثيرات والربط بينها ، كما وجدت أيضاً صعوبات في الانتباه المتصل والمنفصل لديهم تبعاً لزيادة متطلبات المعالجة للمهمة ، وقد قام جولدستين بدراسة على عينة تتكون من ١٣٠ من المصابين بالتوحد ، وتم تطبيق بعض الاختبارات مثل توصيل الحروف والأرقام وشطب الكلمات ، وتم تقديم المثيرات من خلال الكومبيوتر ، وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبات في الانتباه تتمثل في ضعف الإدراك وغيرها من مكونات الانتباه (Goldstein,G.,et al 2001,p.,433,Jessica,B.,et al:2003,p552-560)

وتظهر الصعوبات المعرفية الأساسية للأطفال المصابين بالتوحد في منطقتين رئيسيتين هما :الانتباه المشترك واستخدام الرمز ، فيعكس الانتباه المشترك صعوبة في الانتباه التعاوني كما يعكس استخدام الرمز صعوبة في تعلم المعاني المشتركة والتقليدية

وأثبتت الدراسات أن الأطفال التوحديين يعانون من اضطرابات الانتباه من حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء . كما أن قدرتهم على التصنيف النواحي المعرفية من أكثر الملامح المميزة للاضطراب تتسم بالجمود . ولذا يعد الاضطراب في التوحدى وذلك لما يترتب عليه من نقص في التواصل الاجتماعي ونقص في الاستجابة الانفعالية للمحيطين. (Susan,M.,et al:2003,p.329).

كما تشير دراسة أولية إلى قصور في الانتباه لدى الأطفال ذوى متلازمة اسبيرجر ، ويظهر خصوصا في استجابة غير ثابتة أو متباينة للمثيرات في مهام الانتباه البصري.

ونلاحظ أن الملاحظات السلوكية المعينة ، بالإضافة إلى برامج البحوث تؤكد على اضطرابات في الانتباه لدى الأطفال التوحديين ، فالانتباه قدرة رئيسية حيث أنه أساس عمليات اختصار المعلومات ، وانتقاء الاستجابة ، والاستعداد للفعل النهائي . تصل المعلومات الجديدة في شكل تدفق مستمر للمثيرات الداخلية والخارجية ، ويقوم الفرد بتنمية قدرة متزايدة يتجاوز الدافع للانتباه لما هو جديد أو مرغوب فيه حتى يتأهل أو يوجه أو يرشد الانتباه بناءاً على القدرة المعرفية السابقة والأهداف الداخلية ويتميز الأطفال التوحديون بانتباه قوى للمعلومات البصرية التكرارية البسيطة مقارنة بنظرائهم من ذوى الاضطرابات النمائية الأخرى كما يقاس بالأداء المستمر على المهام.

- التذكر :

يشير إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠٠٤ : ١٥٢) إلى أن الذاكرة قصيرة المدى لدى الأطفال التوحديون ، تظهر في المثيرات السمعية والبصرية ، حيث أنهم يظهرون حداثة في الاستدعاء الفوري للجمل المختلطة المتضمنة جزءاً من الجمل وجزءاً من غير الجمل والوصف الإكلينيكي لهؤلاء الأطفال يظهر ميلهم لإعادة الجمل التي قيلت لهم لتستعمل في كلام المصاداة ، أما الذاكرة طويلة المدى وهذه الذاكرة جزء آخر لدى الأطفال التوحديون حيث نجد أن لديهم قدرة معاقة لاستدعاء الأنشطة التي قاموا بها حديثا وهذا ما يؤكد أن الشذوذات اللغوية لدى الأطفال التوحديون قد تنتج عن صعوبات تذكر الأشياء المناسبة لقولها.

كما يشير (Scheuevmann&Webber,2002:7) **إلى أن الأطفال التوحديون يستخدمون مخزون الذاكرة وهو يشبه صندوق التكرار ويظهر ذلك في قدرة الأطفال التوحديون البارعة في رسم الصور كما هي ، وتجميع الصور .**

وتشير (سوسن شاكر الحلبي ، ٢٠٠٥) : إلى أن الأشخاص المصابين بالتوحد يعتمدون على طريقة معينة من التفكير تتميز في معظم الأحيان بما يلي :

التفكير بالصورة وليس بالكلمات .

عرض الأفكار في مخيلتهم على شكل شريط فيديو مما يجعلهم بحاجة إلى وقت أكثر لاسترجاعها .

صعوبة في الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومات أخرى

صعوبة في تعميم الأشياء التي يدرسونها أو يعرفونها .

يواجهون صعوبات في معالجة المعلومات الحسية التي تصل إليهم مما يؤدى إلى وجود عبء حسي *Sensory overload*

يستخدمون العقل بدلاً من المشاعر في عمليات التفاعل الاجتماعي .

يعانون من صعوبات في عدم انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس .

- **التخيل :**

يشير عمر بن الخطاب (٢٠٠١ :٢٧) إلى أن الطفل التوحدى لديه محدودية في النشاط الخيالي ، يتسم ذلك في التقليد وعدم إدراك الأهداف المتصلة بالكلمات مثل الأدب والأحاديث الاجتماعية.

ويرى (Loma,M.D.,2007: 23) أن الأطفال التوحديون لديهم ضعف في النشاط الخيالي حيث لا يلفت انتباههم سوى ما يرون ، لأن ليس لديهم فهم لمشاعر الآخرين لذلك يجدون من الصعب مشاركة السعادة أو الحزن.

ومن خلال ما سبق نستطيع أن نلاحظ الخصائص المعرفية لأطفال التوحد فيما يلي :

صعوبة في الإدراك الاجتماعي.

مدى انتباههم قصير.

الصعوبة في الاستجابة للمثيرات المختلفة.

لديهم صعوبة في الانتباه لمثير معين.

لديهم شذوذ في الإدراك الحسي.

يتمتعون بذاكرة صماء جامدة غير مرتبة ولا مرتبطة.

ب-الخصائص الاجتماعية :

يعتبر انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أكثر وأشد الملامح المميزة للاضطراب التوحدى ، ومعظم الأطفال التوحديون يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي وغالباً ما يصفون على أنهم في معزل عن الآخرون أو في عالمهم الخاص.

هناك مشكلة في المعرفة الاجتماعية لدى أطفال التوحد ذوى الأداء المرتفع هي اتجاههم لإعطاء انتباه أكبر للتفاصيل الخارجية ، خاصة الخصائص المادية المتضمنة في الموقف الاجتماعي ، أكثر من أعزاء المعاني الاجتماعية للمثيرات فهناك إحدى الدراسات تشير إلى أن هؤلاء الأطفال كانوا يميلون إلى وصف التفاصيل البدنية لصورة تخص اثنين من الأصدقاء بينهم أسرار الملازمة والمجاورة الشديدة ، والأنشطة التي يقومون بها ولون ملابسهم أكثر من إنهم أصدقاء حميميون.

ومن خلال ذلك فإن هؤلاء الأطفال لديهم فهم جزئي للحالات النفسية للآخرين ، لذلك فإن البرامج يجب أن تقوم على أساس هدفين الأول: توسيع فهم الطفل للحالات النفسية للأطفال الآخرين ، الثاني: توجيه الطفل بصورة مباشرة لتطبيق هذه المعرفة لزيادة التبادل في التفاعلات الاجتماعية اليومية (*Bauminger,2002 : 288*).

ويشير (إلهامي عبد العزيز إمام ، ٢٠٠٠): إلى أن العزلة الاجتماعية تعتبر من أهم السمات التي تميز الأطفال التوحديين حيث يظهر هذا الاضطراب بصورة واضحة عندما يدخل التوحديين طرفاً في علاقة تفاعل مع الآخرين ، ولاشك أن غياب التفاعلية في عملية التفاعل هي العنصر الأساسي في تخلف السلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين عن أقرانهم في مثل سنهم وذلك نظراً لأن أطفال التوحد يعجزون عن التنبؤ بما سيفعله الآخرون ، كما أنهم يبدون غير قادرين على تعديل سلوكهم بما يساير سلوك الآخرين.

وتشير (سوسن شاكر الحلبي ،٢٠٠٥) :إلى أن القصور في السلوك الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين يمكن تحديده بثلاث مجالات هي :

-التجنب الاجتماعي *Socially Avoidant* :

يتجنب الأطفال التوحديين كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص الذين يؤدون التفاعل معهم .

-اللامبالاة الاجتماعية *Socially different* :

وُصف الأطفال التوحديين بأنهم غير مبالين ، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين .

-الإرباك الجماعي *Socially awkward* :

يعانى الأطفال التوحديين من صعوبة في الحصول على الأصدقاء ، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي ، حيث يتصف الأشخاص ذوى اضطراب التوحد بمشكلات تتعلق بإقامة علاقات اجتماعية ، والمحافظة عليها حيث أن الشخص التوحدى ينسحب من الكثير من أشكال التفاعل الاجتماعي ، مما يؤدى إلى صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية ،كما أن الطفل التوحدى لا يتضايق من بقاءه بمفرده.

ويؤكد هشام الخولى (٢٠٠٨: ٢٠) وكاربنتر وآخرون (Carpenter, et,al,2002)، وكامبس وآخرون (Camps,et,al 2002) على أن الأطفال التوحديون لديهم ضعف في التفاعل الاجتماعي ويظهر ذلك في عدم تكوين صداقات وعلاقات مع الآخرين ، والانسحاب الاجتماعي ونقص القدرة على الاستجابة لأفعال الآخرين وقصور في المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية.

ويشير كل من روبال Ruble (٢٠٠١: ٤٧٢) ، ولونجينكرLongenecker (٢٠٠٢: ١١) ، وكاربنتر وآخرون Carpenter,et,al (٢٠٠٢) إلى أن اضطراب النمو في الجوانب الاجتماعية إنما يمثل المشكلة الجوهرية لدى أطفال التوحد وتستخدم هذه الإعاقة بصورة جوهرية في تعريف زملة أعراض هذا الاضطراب ، وتعتبر على المستوى الكمي والكيفي مختلفة عن الأعراض الملاحظة في اضطرابات الطفولة الأخرى ، ويتم تحديد الإعاقة الاجتماعية بأنها الافتقار إلى المهارة الاجتماعية والفهم الاجتماعي، كما أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد يخبرون بعض الرغبة الاجتماعية والتعلق الانفعالي ، إلا أنهم يواجهون مشكلات في تعلم التفاعلات الاجتماعية وفي الاستجابة وفي المبادأة وفي إمكانية التفاعلات الاجتماعية التبادلية ، وفي التواصل بدقة وكفاءة مع الآخرين ، وفي تفسير وجهات نظرهم.

أشار (كانر) Canner إلى العديد من المظاهر الاجتماعية للتوحد وما زال الكثير منها حتى الآن يستحق اهتماماً خاصاً حيث شدد على أن السمة الرئيسية في هذا الاضطراب هي العنف والانحراف الاجتماعي *Social Deviance* وقارن بين السلوك الاجتماعي للأطفال الأسوياء والأطفال التوحديون وما تزال هذه المظاهر من أهم المعايير التي يعتمد عليها في تشخيص الاضطراب منذ التقرير الأول للعالم كانر (محمد قاسم عبد الله، ٢٠٠١) حيث يعتبر انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أكثر واشد الملامح المميزة للاضطراب ، وان معظم الأطفال التوحديين يكونون قليلي التفاعل الاجتماعي وغالباً ما يوصفوا على أنهم في معزل عن الآخرين أو مفصولين عن المجتمع أو عن عالمهم الخارجي (Sigel,B.,1996,25).

ويشير(حسن مصطفي عبد المعطى ، ٢٠٠١) : إلى أن الأطفال التوحديين يتسمون بنقص (إن لم يكن غياباً كلياً) لسلوك التعلق الطفلى وفشل مبكر في الارتباط النوعي بشخص ما ، والأطفال التوحديين غالباً ما لا يبدون التعرف أو التمييز لمعظم الناس المهمين في حياتهم كالآباء والأخوة والمعلمين ، ويمكن أن يظهروا عملياً انعداماً في قلق الاتصال عند تركهم في بيئة غير مألوفة مع أشخاص غرباء.

ويرى (محمد على كامل ، ١٩٩٨) : أن الأطفال الصغار العاديين يظهرون بسلوكيات متواصلة متعلمة من خلال رؤية البالغين المألوفين لهم (أب- أم – أخوات) ويتعلمون بسرعة الاستجابة بطريقة اجتماعية ملائمة وفعالة ، وبالتتابع يتعلمون أن يميزوا في المعاملة سلوكياتهم للتحية مثلاً أي من هو الشخص الذي يقبلونه أو يعانقونه أو من هو الشخص الذي يتحفظون معه في الكلام إلا أن الأمر يختلف بالنسبة للتوحديين ، فهم غالبا ما يفتقرون إلى هذه المقدرة الطبيعية للاستجابة للآخرين بطريقة ملائمة ، أو التفريق بين التفاعل مع البالغين المألوفين أو الغرباء.

كما أن العيوب المحددة التي تظهر بين الأطفال التوحديين هي الفشل في فهم وإصدار الاستجابة الملائمة لمشاعر الآخرين ، وأيضاً نقص القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات (Cray C., 1995) . حيث أن العلاقة التي يكزنها الطفل التوحدى بالآخرين تكون علاقة سببية أكثر منها تعبيرية بمعنى أنه يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريد فمثلاً إذا أراد شيء ما يأخذ يد الأب ويضعها تجاه هذا الشيء ، أي أن الأب يكون الوسيلة أو الأداة التي تحقق للطفل مريده عندما يشاء.

كما أن التوحديين لديهم مشكلة في التعبير عن أبسط المشاعر من السعادة والحزن بطريقة صحيحة أن مجال استخدام الإشارات الجسدية والتعبيرات بالوجه محدودة للغاية ، أما التعرف على مشاعر الآخرين الخاصة بالسعادة والحزن فلديهم مشكلة بها أيضاً (محمد على كامل،١٩٩٨).

وأكد كانر Kanner **(١٩٤٣) ، وبارى وآخرون** *Barry et al* **(٢٠٠٣) على أن السمة الأساسية في اضطراب التوحد هو الضعف والإنحراف عن المستوى الاجتماعي ، حيث يعد انحراف النمو الاجتماعي عن المسار الطبيعي من أبرز الملامح المميزة لهذا الاضطراب فمعظم أطفال التوحد قليل التفاعل الاجتماعي وغالبا ما يوصفون على أنهم في معزل عن الآخرين ، وفي بعد عن المجتمع الذي يعيشون فيه.**

ويشير بيرسون وميتشيل (*Parsos&Mitchell*)(٢٠٠٣: ٤٣) إلى أن الإعاقة التي تظهر لدى الأطفال التوحديون في المجال الاجتماعي تؤدى إلى الانسحاب الاجتماعي وصعوبة تحقيق صداقات وعلاقات والاحتفاظ بهذه الصداقة ، وقد قامت العديد من المحاولات لتحسين المهارة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ، وزيادة التقبل من جانب الأقران والمحيطين حيث تقوم الأساليب المعرفية الأكثر حداثة لتعليم المهارات الاجتماعية للأطفال ذوى اضطراب التوحد على افتراضات نظرية العقل *(TOM) yheory of Mind* والخاصة بالاوتيزم.

ويشير (Siegel,1996,46) ،وشاكر قنديل (٢٠٠٠: ٨٩) ، محمد كمال (٢٠٠٩: ٦٨) إلى أن الأطفال التوحديون يظهرون درجات من شذوذ الاتصال بالعين في نهاية السنة الثانية من العمر ، والذي قد يأخذ شكل تحديق العين وعادة فإن الأطفال التوحديون يقومون باتصال بالعين أفضل مع أفراد العائلة عنه مع الناس غير المألوفين . وأيضا عندما يتكلمون مع الآخرين ، وإن كان شكل هذا التواصل يختلف في طبيعته ، حيث أنهم نظروا إلى الآخر لفترة أطول حينما كانوا هم المتكلمين ، والعكس كان صحيحا حين كانوا في موقف الاستماع.

ويوضح كل من جولدشين وثيمان *Goldstion&Theiman* (٢٠٠٠) ، والين وآخرونwhalen, et al (٢٠٠٦ : ٦٦٢)، ونوريس وداتيلو Norris&Datilo (١٩٩٩) أن العجز الرئيسي الذي يواجهه الأطفال ذوى اضطراب التوحد على المستوى الاجتماعي هو فقدان الفهم الاجتماعي ، والذي يتمثل في فقدان القدرة على إعزاء المشاعر والانفعالات للآخرين وللذات حيث تنقص الأطفال التوحديون القدرة على مشاركة الآخرين التجارب والسلوكيات ، حيث تقتصر العلاقة مع الآخرين على تلبية الاحتياجات الضرورية لهم إذا أرادوا ، وإنهم لا يستطيعون التعبير عن المشاعر الأساسية كالحزن والفرح وهذا نتيجة عدم قدرتهم على الانتباه وصعوبة التقليد.

ويرى إلهامي عبد العزيز إمام (٢٠٠٣ : ٢٧٩)، وروفمان وآخرون Ruffman ,et,al (٢٠٠١) ،إنجرسول ، شريبمان Ingersol &Schreibman (٢٠٠٦ : ٤٨٧)، كوتش ومايريند Cuoch & Miren (٢٠٠٣) أن أصعب ما يواجه الأطفال ذوى اضطراب التوحد هو في تكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ، وهى علاقة مهمة لمنع العزلة الاجتماعية وشعورهم بالفرحة والسرور نتيجة للتواصل الاجتماعي ، وعدم وجود هذه المهارة ينعكس على اكتساب مهارات اللعب كما أن الصعوبات في التقليد هي السبب الأول للنمو غير الطبيعي للسلوكيات التواصلية الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال.

ويشير أوريوردان ، باسيتى *Oriordan& Passetti* (٢٠٠٦: ٦٦٥) هيبورد،ستون *Hepburd&Stone* (٢٠٠٦: ٦٤١) إلى أن المعالجة البصرية لدى أطفال التوحد تتضمن التركيز على مثيرات محددة واستبعاد مثيرات أخرى والقدرة الشديدة لملاحظة ملامح وتغيرات محدودة في البيئة والحساسية الشديدة لأصوات معينة.

ويتفق كل من ترافاجلينى *Travaglini* (٢٠٠١)، جيلفيه *Gelveh* (٢٠٠٢: ٢) على أنه في اضطراب التوحد تصيب الإعاقة جميع جوانب التواصل باعتبار أن التواصل عملية مشاركة للمعلومات والأفكار مع شخص آخر على جعل فرد آخر يعرف أنك تريد شيئا والتسليم بوجود أشخاص آخرين والتفاعل الاجتماعي بين شخصين أو أكثر من الناس والمبادأة ، ومعرفة أولويات الاستجابة والتقليد.

وقد أوضحت بعض الدراسات أن غياب التفاعل الاجتماعي يبدو على وعى الطفل بالآخرين مثل معاملة الطفل للناس على أنهم أشياء لا يتطلبون تفاعلاً متبادلاً) Aarons,M.,& Gittens,T., 1993,11).

ويتضح مما سبق أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد لديهم قصور في العلاقات الاجتماعية تتمثل في علاقتهم بوالديهم ، وأقرانهم حيث أننا لا نلاحظ أي تفاعل متبادل بين هؤلاء الأطفال والطرف الآخر وكأنهم لا يستمتعون بوجود الآخرين ولا يشاركوهم الاهتمام بالأشياء ولا ينظرون للأشخاص الذين يتكلمون معهم ولا يحبون الاختلاط بمن في عمرهم من الأطفال.

كما أن اضطراب السلوك الاجتماعي لا يقتصر على جانب سلوكي واحد فقط بل أنه يشمل أنماطاً وجوانب عديدة يمكن أن تصف السلوك الاجتماعي لدى الطفل التوحدى ومنها :

عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين فنجده ينسحب من المواقف الاجتماعية ويتقوقع في عالمه الخاص.

لا يأبه بالأشخاص الموجودين حوله في الغرفة ويتجاهلهم تماماً ويلتفت إلى الجوانب المادية الموجودة في الغرفة.

يتعامل مع أجزاء جسم الإنسان كما لو كانت أجزاء منفصلة فعند ما يمد شخص إليه يده تجده يلعب بها ويقابلها كما لو كانت اليد جزءاً غير متصل بالشخص.

يتعامل مع الأشخاص كما لو كانوا جمادات أو كائنات غير حية فهو لا ينظر إلى وجوه الأشخاص حوله.

يفتقد السلوكيات المقبولة والمعايير الاجتماعية فقد يأكل أجزاء من النباتات عندما يكون في موقف تعليمي للعناية بالنباتات.

يهتم بالجوانب غير الاجتماعية لمن حوله كأن يتعرف على أسماء الأطفال الذين معه ولون أعينهم والأسرة التي ينامون عليها.

عدم قدرته على فهم تغيرات الوجه.

صعوبة الانتباه المشترك من جانبه.

عدم القدرة على التعاطف مع الآخرين.

صعوبة فهم القواعد الاجتماعية.

عجزه عن الارتباط بالأقران .(سايمون كوهين ، باتريك بولتون ، ٢٠٠٠).

وقد لخصت (لورنا وينج) السمات الاجتماعية للطفل التوحدى في النقاط التالية :

-قصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الوجداني .

-لأخذ الاستعداد عندما يقترب من أحد الوالدين لرفعه بين يديه .

-لا يسير في أعتاب والديه ولا يجرى لاستقبالهما عند عودتهما إلى المنزل .

-لا يسعى إلى استدراك العطف والحنان إذا أصيب بأذى .

-لا يتعود على إلقاء التحية أو التوديع للوالدين أو من يقوم برعايته .

-لا يهتم بالاستجابات الانفعالية أو العاطفية من قبل والديه .

-ضعف القدرة على التواصل البصري ولا يجيد استخدام العين .

-لا تظهر عليه ملامح الضيق والقلق عند انفصاله عن والديه .

-يتجنب النظر بالعين في وجوه الآخرين ولا يستطيع تحويل نظره من مؤثر لآخر .

-تظهر عليه تغيرات وجهية لا يستطيع المحيطين به الحكم عليها.

-صعوبة اكتساب مهارات اللعب الجماعي .

-الفشل في تكوين صداقة أو علاقات .

-لديه قصور في استقبال المشاعر والاستجابات الاجتماعية .

-لديه تأخر في النمو اللغوي والانفعالي بدرجة كبيرة.

-صعوبة في فهم واستيعاب الكلمات المنطوقة والحديث الموجه .

-عادة يرتبط كلامه إن وجد بالاحتياجات الأساسية .

-لا ينشغل إلا باللحظة الحاضرة .

-يردد الكلام بشكل نمطي وتكرار غير مناسب مع الموقف .

-لا يميز بين الضمائر (أنا – أنت – نحن) .

-يظهر ضروباً سلوكية تتسم بالنمطية والتكرارية .

-لديه قصور في القدرة على التخيل وخاصة في مواقف اللعب والمشاركة مع الأطفال.

-يظهر اهتماماً غير عادياً برائحة الأشياء وملمسها .

-يبدو عليه مقاومة للتغيير في البيئة المحيطة وتتسم الأنشطة التي يمارسها بالصلابة وعدم المرونة .

-يبدوا على الطفل التوحدى أنه طفل عادى ويوحي وجهه أنه على درجة كبيرة من الذكاء .

-أحيانا يصاب ببعض اضطرابات الجهاز العصبي التي تظهر في شكل ضعف القدرة على التآزر الحركي مع وجود بعض الحركات الثانوية اللاإرادية (*Lorna Wing,1994,p25-26*).

ج-الخصائص الانفعالية:

تشير(آمال عبد السلام باظة ، ٢٠٠٣،) :إلى أن أهم صفات الطفل التوحدى كما جاءت في الدليل الإحصائي الرابع (DSM – Iv – 1994) هي :

ضعف التواصل بالآخرين

قصور في فهم الانفعالات وبالتالي فقد الاستجابة للآخرين .

عجز في التواصل غير اللفظي لعدم القدرة على تمييز الانفعالات .

وتكرار للمقاطع والكلمات .

الخوف والفزع ومقاومة التغيير والإصرار على التكرار النمطي والروتيني .

قصور في الأنشطة والاهتمامات لضعف التخيل .

ظهور الأعراض في عمر (٣٠) شهر أي قبل إتمام العام الثالث من عمر الطفل .

قصور واضح في النمو اللغوي مما يقلل من التواصل اللفظي .

ويشير (شاكر قنديل ، ٢٠٠٠) : إلى أن السبب في المشكلات الانفعالية هو أن طبيعة الطفل التوحدى تسبب له أقصى درجات التوتر ، ولذا يبدو هؤلاء الأطفال غير سعداء وقد يبكون أو يضحكون دون سبب واضح ، ويكون مصدر الألم لديهم محدداً مثل التغيير اليومي المعتاد ، كل ذلك يوحى بأن لديهم وعيا بمدى اختلاف حالتهم عن الآخرين.

ويرى (Yimya,1996: 78) أن الأطفال التوحديون لديهم قصور انفعالية ويعبرون عن انفعالاتـهم ببعض أشكال السلوك على النحو التالي :

النشاط الزائد :

يرى عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١: ١١٥) أن فرط الحركة مشكلة حركية شائعة لدى الأطفال التوحديون في حيت أن نقص الحركة أقل تكراراً ، وعندما تظهر فإنها غالبا ما تتبدل إلى فرط النشاط .

سلوكيات شاذة :

يرى شاكر قنديل (٢٠٠٠ – ٩١) أن الطفل التوحدى يختلف في إعاقته عن إعاقات أخرى ، فهو لا يبدى أدنى حد من الإشارات التي توضح أنه يشعر بإعاقته ، ولذلك فهو لا يبدو واعيا بمدى الغرابة في سلوكه على الرغم من أنه قد يكشف في حالات خاصة عن سلوكيات غاية في الشذوذ مثل خلع جميع ملابسه في الشارع أو إبداء عبارات مخجلة بشأن الآخرين.

مقاومة التغيير :

يظهر الأطفال التوحديون هذه السلوكيات بشكل مبالغ فيه ، فبعض منهم يعتريهم نوبات غضب شديدة لو أن الأثاث في المنزل تحرك من مكانه *(Rosenhan& Seligman,1995 : 636*)

سلوكيات إيذاء الذات :

يلاحظ أن بعض الأفراد التوحديين يقومون بضرب رأسهم في الحائط أو عض أيديهم أو ضرب أنفسهم بصورة متكررة ، وقد أثبتت الدراسات أن هذه السلوكيات قد يكون لها بعض وظائف التواصل.

الإثارة الذاتية :

حيث ينهمك الأطفال التوحديون في أنشطة مثل :

الدوران حول الذات أو الأشياء

الهمهمة

ترتيب الأشياء وإعادة تنظيمها

القفز لأعلى ولأسفل

تحريك اليد بين العينين

ضحك غير مصحوب بالمشاركة الاجتماعية

ويقرر (حسن عبد المعطى ، ٢٠٠١) : أن كل الأطفال التوحديون يفشلون في إظهار علاقات عادية مع والديهم ومع الناس الآخرين ويظهرون الفشل في نمو التعاطف وهذا ما أكدته دراسة (إسماعيل بدر ، ١٩٩٧) من أن الطفل التوحدى قد لا يبتسم ولا يضحك وإذا ضحك لا يعبر ذلك عن الفرح لديه والبعض لا يعانقه حتى أمه والبعض لا يظهر أي مظاهر انفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح ، مع عدم الاستقرار الانفعالي في البيت أو المدرسة ، وقد يقلد الآخرون في بعض التغيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل.

ويشير (جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافي ،١٩٩٥ ، عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠٢ إلى أن البرود العاطفي الشديد يعد من أهم الخصائص التي تلاحظ على أطفال التوحد حيث يظهر عليهم عدم استجابتهم لمحاولة الحب والعناق أو إظهار مشاعر العطف ويذهب الوالدان إلى أن طفليهما لا يعرف أحد ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين فضلاً عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين

ويشير (عثمان فراج ، ٢٠٠٢) : إلى أن كثيراً من الآباء يشكون من عدم اكتراث أو تجارب طفليهما مع أية محاولات لإبداء العطف أو الحب له أو محاولات تدليله أو تقبيله أو مداعبته بل وربما لا يظهر اهتماماً بحضورهم أو غيابهم ، وقد تمضى ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرون معه ، ومن النادر أن يبدى عاطفة نحو الآخرين بل تنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

وقامت (نادية عبد القادر ، ٢٠٠٢) : بدراسة فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم ، والتي استهدفت استثارة انفعالات وعواطف الطفل ، وكذلك الوالدين في محاولة لمساعدة الطفل للخروج من عزلته واختراق الحاجز الموجود بينه وبين المحيطين به ، وقد بينت نتائجها حدوث انخفاض ملحوظ في العزلة العاطفية والانفعالات السلبية وتفاعلاً أفضل بين الوالدين وطفليهما.

ويرى (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠٠) : أن التشابه بين الأعراض بين الأعراض والسمات التي قدمها الكثيرون للأطفال الأوتيستك يمكننا من الخروج بالعناصر الرئيسية للتوحد كالتالي :

-المبالغة في رد الفعل للمثيرات السمعية والبصرية

-الاهتمام الخاص بخبرات إدراكية حقيقية

-وجود اضطرابات وأنماط غريبة وشاذة في الحديث واللغة

-افتقار للسلوك التخيلي ويظهر ذلك في اللعب

د-الخصائص السلوكية :

تشير (آمال باظة ، ٢٠٠٣) : إلى أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد في سن ما قبل المدرسة يظهر عليهم نقص واضح في القدرة على اللعب الخيالي مثل اللعب بالأدوات وغياب لعب أدوار الكبار واللعب الجماعي ، ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام ولا يشترك في اللعب الجماعي ويفضل اللعب الفردي وإذا اشترك في اللعب الجماعي يتعامل مع الأطفال بدون مشاعر متبادلة.

ويعرض (محمد بن عبد العزيز الفوزان ، ٢٠٠٠) : الملامح أو الصفات التي تميز وتحدد الأطفال التوحديين على النحو التالي :

العجز في توسيع العلاقات مع الغير : ويقصد بذلك عدم قدرة الطفل التوحدى على تكوين تفاعل وروابط وعلاقات مع الناس الآخرين ، ويهتم فقط بالأشياء المدركة بالحواس بدلاً من اهتمامه بالأشخاص ، بمعنى أنه ليست لديه أية رغبة في التعرف أو سماع الآخرين ، ولا يعنيه أحد لأنه يفضل الوحدة الخيالية ، كما أن لديه صعوبة كبيرة لفهم وإظهار عواطفه.

صعوبة في اللغة والتخاطب واكتساب المعرفة : لاشك أن لغة التخاطب تعتبر من المعوقات إلى تواجه طفل التوحد إذ أن هناك ٤٠% من أطفال التوحد في العالم لا يحسنون التحدث وليس لديهم لغة التخاطب كما أن الأطفال الذين لديهم لغة التخاطب ويتحدثون فإن حديثهم هو عبارة عن كلام بالترديد مثل الببغاء أي يردد ما قاله الشخص الذي يخاطبه مثل خذ يا أحمد التفاحة ، يردد ما قلته ويقول خذ يا أحمد التفاحة ، وهذا الحديث غير مقبول في المجتمع.

الاستخدام المتقطع للغة : يتصف أطفال التوحد بهذه الخصوصية حيث أنهم يمتلكون رصيداً كبيراً من الكلمات ولكنهم لا يمتلكون المقدرة على استخدام هذه الكلمات في محادثات ذات معنى ، وهذه هي المشكلة التي يعانى منها أطفال التوحد.

الانعكاس الضميري : وهذا يعنى أن الطفل التوحدى يثبت ضمير (أنت) عوضاً عن ضمير (أنا) مثال ذلك لو أننى خاطبت أحمد بان أقول له : هل تريد البسكويت يا أحمد ؟ فالإجابة بكل بساطة يكرر نفس السؤال الموجه إليه ويقول هل تريد البسكويت يا أحمد ؟ وكذلك عدم القدرة على استخدام حرف الجر مثل (الطعام على الطاولة) لأنه لا يفهم بل يجب أن يقال له طعام طاولة وهكذا.

النمطية *Typically* : أي تكرار التصرفات الغير معقولة بصورة تلقائية أطفال التوحد حركتهم ونشاطهم محدود حداً حيث يميلون إلى تكرار نفس النشاط دون تطوير لنشاط تخيلي بارع التصوير.

التمسك بالرتابة : أطفال التوحد يقاومون أي تغير في حياتهم اليومية بمعنى أنهم يفضلون العمل الروتيني ، لذلك يشعرون باليأس والخيبة عندما تتغير البيئة أو الجو الذي اعتادوا عليه في المنزل أو غيره فمثلاً لو تغير على الطفل جدول النوم أو مكان النوم المعتاد فأنه يشعر بالتوتر والقلق.

عدم ربط الأحداث وعدم إدراك معنى الأشياء : فمثلاً عدم ربط الأحداث مع بعضها كأن يكون لديه لعب وقد يلعب بها ولكن ليس لديه أي معنى لهذه اللعبة أو الهدف منها أو كيفية استعمالها ، كما أن أطفال التوحد ليس لديهم غريزة التملك مثل الأطفال العاديين فأعطى لعبة فيأخذها ثم يرميها في أي مكان.

الاستظهار من غير فهم وعدم ربط الأحداث مع بعضها : حيث يقوم الأطفال التوحديين معظمهم بأعمال غريبة ولافتة للنظر من ذاكرته واستظهار أشياء في خياله من غير فهم كأن يردد حديثاً أو حركة شاهدها أو سمعها من جهاز التلفاز ويظل يكرر هذا الحديث طوال الوقت طالما أن ذاكرته تملى عليه هذا الشيء من غير فهم أو ربط هذا الحديث بالوقت المناسب.

المظهر البدني أو الجسم العادي : الكثير من أطفال التوحد يتمتعون بالرشاقة في الجسم والوسامة في المنظر.

ويشير (كوهين وبولتون ، ٢٠٠٠) : إلى أن سلوك الطفل التوحدى يتسم بأنه ضيق ومحدود مع وجود نوبات انفعالية حادة وهذا السلوك لا يؤدى على نمو الذات ، ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين ، ويمثل السلوك الإستحواذى المتكرر مشكلة كبيرة لكثير من الأطفال ذوى اضطراب التوحد ويتصف هذا السلوك بفقدان المرونة وعدم القدرة على التخيل ، ويعد السلوك الإستحواذى أحد المظاهر السلوكية الواضحة للأطفال ذوى اضطراب التوحد إلا أنه قد لا يظهر بنفس الشكل أو الدرجة عند كل الأطفال فبعض الأطفال يظهر سلوكه الإستحواذى أثناء اللعب ، ونجده يصف الأشياء بطريقة نمطية في المنزل في حين يظهر لدى آخرين أثناء أدائهم لواجباتهم المدرسية يضعوا نقطة أو علامة بعد كل كلمة تكتب ، ومجموعة ثالثة يستحوذ عليها سماع نشرة الأحوال الجوية في كل الإذاعات ، وقنوات البث التليفزيوني ، ومجموعة رابعة يسيطر عليهم سلوك استحواذى أثناء تناول الطعام كأن يصر الواحد منهم على نوع معين من الجبن تقدم يومياً على طبقه بنفس الطريقة ، في حين يكون السلوك الإستحواذى أخف شكلاً ودرجة لدى بعض الأطفال الآخرين.

ويلخص (محمد على كامل ، ٢٠٠٣) : الخصائص السلوكية للتوحد على النحو التالي:

يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.

لا يحب أن يحضنه أحد .

يقاوم الطرق التقليدية في التعليم .

لا يخاف من الخطر .

يكرر كلام الآخرين .

أما نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه .

لا يلعب مع الأطفال الآخرين .

ضحك واستثارة في أوقات غير مناسبة .

بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة .

يقاوم التغيير أو الروتين.

لا ينظر في عين من يكلمه .

يستمتع بلف الأشياء وبرمها .

لا يستطيع التعبير عن الألم .

تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة .

فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبة .

وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل هز الرأس أو الجسم أو اليدين .

قصور أو غياب في القدرة على الاتصال والتواصل.

المشكلات السلوكية التي يعانى منها الأطفال التوحديون عديدة ، وتختلف من طفل إلى آخر وذلك لأن أطفال الأوتيزم ليسوا على نمط سلوكي واحد (محمد الفوزان،٢٠٠٠ : ٤١) .

يتسم سلوك الطفل التوحدى بأنه محدود وضيق المدى كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية حادة ، وسلوكه هذا لا يؤدى إلى نمو الذات ويكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للآخرين ، ومعظم سلوكيات الطفل التوحدى تبدو بسيطة من قبل تكوير قطعة من اللبان بيديه ، أو تدوير قلم بين أصابعه أو تكرار فك وربط رباط حذائه ، وهذا قد يجعل الملاحظ لسلوك الطفل التوحدى يراه وكأنه مقهور على ذاته أو كأن هناك نزعة قهرية لتحقيق التشابه في كل شيء ، حيث أن التغيير في أي صورة من صوره يؤدى إلى استثارة مشاعر مؤلمة لديه (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠٢).

كما يلاحظ قصوراً حاداً في أداء الطفل عموماً مما يؤدى إلى عجز في عمليات نمو الشخصية ، فالمستوى المتدني في الأداء أو السلوك يحول دون اتساع أفق الشخصية ، أو حدوث ثراء في خبرات الطفل ، وهذا بدوره يجعل سلوك الطفل التوحدى عاجزاً عن التأثير في بيئته ، ولا يسمح لسلوكه بأن يؤدى دوراً مؤثراً في مثيرات البيئة ، وتكون المحصلة أن ذلك كله يحول دون تحقيق تعزيز لسلوكيات جديدة.

حيث أن من الحقائق المعروفة أنه كلما اتسع مدى السلوك كلما تعاظمت الرغبة في أداء سلوك جديد وكلما زادت احتمالية أن تؤدى نتائج هذا السلوك إلى زيادة القابلية لتعزيزه ، أي أنه كلما اتسعت خبرات الطفل وتفاعلاته الاجتماعية كلما امتد سلوكه إلى نطاقات جديدة ، أما بالنسبة للطفل التوحدى فإن تعرضه المفاجئ لأي بيئة جديدة وفي نطاق خبراته السلوكية المحدودة فإن ذلك يعرضه إلى اضطرابات حادة في شخصيته (شاكر عطية قنديل ، ٢٠٠٠).

وتتضح المشكلات السلوكية لدى الأطفال التوحديون فيما يلي : -

-السلوك النمطي التكراري :

يشير إلهامي عبد العزيز (١٩٩٩: ٩) إلى أن التوحديون كلما تطور نموهم فإن السلوكيات النمطية البسيطة تميل لأن تقل وتستبدل بسلوكيات متكررة أكثر تعقيداً وقد يندمجون في جمع أنواع معينة ، وقد يندمجون في تنظيم الموضوعات في شكل خطوط ويصرون على روتين خاص مثل تتبع نفس الطريق تماما عند الذهاب إلى المدرسة .

-سلوك إيذاء الذات :

هو السلوك الذي يتسبب في إصابة جسدية هامة للطفل ، ويأخذ أشكال عديدة مثل عض الشخص لذراعيه ، أو خدش الوجه ، أو عض الشخص لسانه

هـ-الخصائص الحركية :

يشير (عثمان فراج ، ٢٠٠٢) : إلى أن الأطفال التوحديين غالباً ما يكون مظهرهم مقبولاً إن لم يكن جذاباً مع ملاحظة أنهم من حيث طول القامة وخاصة في المرحلة من عمر سنتين إلى سبع سنوات يكونون أقصر طولاً من أقرانهم الأسوياء المساوين لهم في نفس العمر ، ويختلف الطفل التوحدى عن الطفل العادي في عدم الثبات على استخدام يد معينة بحيث يتردد أو يتبادل استعمال اليد اليمنى مع اليسرى ، مما يدل على وجود اضطراب وظيفي بين نصفي المخ الأيمن والأيسر كذا يوجد اختلافاً عن الطفل الطبيعي من حيث خصائص الجلد وبصمات الأصابع التي تنتشر بين أطفال التوحد أكثر منها بين بقية أفراد المجتمع مما يشير إلى خلل في نمو طبقة الجلد المغطية للجسم.

كما يتعرض أطفال التوحد منذ طفولتهم المبكرة لأمراض الجهاز التنفسي ونوبات ضيق التنفس والسعال ، كما يعانون من اضطرابات معوية وحالات الإمساك أو شلل في حركة الأمعاء أكثر من حدوثها بين الأطفال العاديين.

وتشير (وفاء الشامي ، ٢٠٠٤) : إلى أنه فيما يتعلق بالتنسيق الحركي فقد بينت الملاحظات المباشرة والدراسات البحثية أن الغالبية العظمى من الأطفال التوحديين يواجهون صعوبة في التصرفات الحركية التي تتطلب مستويات معالجة عالية كالتخطيط والتنسيق والانتباه والمحاكاة وتنفيذ حركات حسب تسلسل معين ، حيث يصعب عليهم تعلم نشاطات حركية متناسقة كالرقص وفقاً لأنغام موسيقية ، وتنفيذ خطوات عديدة في الوقت نفسه ، كما يصعب عليهم ممارسة نشاطات توازن كالوقوف على سطح غير ثابتة أو الوقوف على ساق واحدة.

ويلخص (محمد جميل يوسف، ١٩٩٤) : سمات السلوك الحركي عند الأطفال التوحديين في النقاط التالية :

حركات تشمل الجسم كله

الوقوف المفاجئ

الدوران حول نفسه بسرعة دون أن يصاب بالدوار

السير في شكل دائرة صغيرة مقفلة باستمرار

الجري أو المشي على أطراف الأصابع

المشي بطريقة شاذة

حركات الأيدي

الصفح بالأيدي

إسقاط الأشياء

النقر بالأصابع

تذبذب اليد

الكف الحركي

حبس الاستجابات

اتخاذ وضع ثابت للجسم

الحركات الإيقاعية

اهتزاز الجسم وتأرجحه

القفز المتكرر

ميل الرأس وتأرجحها

ويشير (جوزيف ريزو ، روبرت زايل ،١٩٩٩) : إلى أن بعض الأطفال التوحديين لهم طريقة خاصة بهم في الوقوف ففي معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم ، كما أن أزرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع ، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك زراعيه إلى جانبيه وفي معظم الأحيان فإنهم يكررون حركات معينة مرات ومرات فهم مثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو الخلف بشكل متكرر ، وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم أو أرجلهم في شكل حركات الطائر ، وتلك السلوكيات المتكررة ترتبط بأوقات يكونون فيها مبتهجين ، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدر الضوء يضاء ويطفئ .

يشير (شاكر عطية قنديل ، ٢٠٠٠) : إلى أن هناك بعض جوانب النمو الحركي غير العادية التي يتسم بها الأطفال التوحديون ، فلهم مثلاً طريقة خاصة في الوقوف ، فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية كما لو كانوا يحملقون تحت أقدامهم كما أن أزرعتهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع ، وعندما يتحركون فإن كثيراً منهم لا يحرك زراعيه إلى جانبيه ، وفي معظم الأحيان فإن الأطفال التوحديين يكررون حركات معينة مرات ومرات ، فهم مثلاً يضربون الأرض بأقدامهم إلى الأمام أو إلى الخلف بشكل متكرر ، وفي بعض الأحيان قد يحركون أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر وتلك السلوكيات المتكررة مرتبطة بأوقات يكونون فيها مبتهجين ، أو مستغرقين في بعض الخبرات الحسية مثل مشاهدة مصدراً للنور يضاء ويطفأ.

ويشير (برنارد ريملاند ، ستيفن إديلسون ، ٢٠٠٦) : إلى أن أنماط لعب الأطفال التوحديين تكون تكرارية ونمطية فهم قد يقومون بجمع أشياء معينة غالباً ما تكون غير ذات قيمة أو جدوى لهم ويحرصون على وضعها بنظام محدد لا يتغير ، كذلك من أهم الأمور التي تميزهم التعلق بأشياء غير عادية والانجذاب إليها والانشغال الشديد بموضوعات أو أمور معينة ومقاومة أو تغيير يمكن أن يطرأ على بيئتهم المحيطة ، حتى وإن كان تغيراً بسيطاً ، والإصرار على التمسك بنظام صارم في أداء الأشياء إلى جانب القيام بحركات نمطية معينة مثل السير على رؤوس أصابع القدم والاهتزاز .

وغالباً ما يختار الأطفال التوحديون اختيارات تتسم بالغرابة وبالنسبة لألعابهم ربما يتجاهلون الألعاب ويلعبون بأشياء غير عادية وغير متوقعة مثل (الأوراق ، أغطية الزجاجات ، العصي) ، وربما يستخدمونها في لفها وتدويرها بدلاً من أن يستخدموها في اللعب التخيلي وحتى إن استخدام الطفل التوحدى لعبة مألوفة كالعربة فإنه يستخدمها بشكل غريب كأن يلف مثلاً عجلات العربة بدلاً من أن يمررها على الأرض أو أنه يحمل قطع البازل في جيبه بدلاً من أن يضعها في اللوحة ، وبعض الأطفال التوحديين يرتبطون بالأشياء بشكل مبالغ فيه يحملونها معهم طوال الوقت وربما ينامون بها ويرفضون التخلي عنها حتى وقت الطعام ، وتتضمن أنماط اللعب الغريب لدى الأطفال التوحديين سلوكيات نمطية مثل رفرفة اليدين ، واللف ، الاهتزاز للأمام والخلف. (Hart,1993,21).

و-الخصائص الفسيولوجية :

يشير (إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى ، ٢٠١٢) : إلى أن الطفل التوحدى يولد عادة طبيعياً ويبدو بصحة جيدة ولكن هناك عدد من السمات الجسمية التي تبدأ في الظهور بعد الميلاد ، من بينها تضخم الرأس ، والتي هي أحد العلامات الشائعة بين أطفال التوحد ، وتظهر معدلات نمو الرأس غير الطبيعية في الطفولة المبكرة والمتوسطة لدى حوالي ٣٧% من أطفال التوحد ، فقد تمت دراسة محيط الرأس عند الميلاد ، وفي الطفولة المبكرة لعينة من الأطفال التوحديين وأظهرت نتائج الدراسة أن ١٤% من عينة البحث كانوا يعانون من تضخم بالرأس ، وتبين تأثير الجنس في مدى الإصابة من خلال إصابة ١١% من الذكور ٢٤% من الإناث.

وفي الغالب لم يكن تضخم الرأس موجوداً في العينة عند الميلاد وقد ظهر ذلك التضخم عند البعض في الطفولة المبكرة والمتوسطة نتيجة لارتفاع معدلات إفراز هرمون النمو، وقد لوحظت علاقة بين الرقم المثينى المحيط بالرأس وسمات التوحد ، ولم يرتبط تضخم الرأس بالذكاء غير اللفظي أو اللفظي واضطراب الصرع والعلامات العصبية البسيطة ، أو الشذوذ العضوي البسيط لدى المبحوثين المتوحديين.

ولقد كشفت نتائج العديد من الدراسات التي أجرت الاختبارات على بعض أطفال التوحد ، فقد تبين من الاختبارات التي أجريت على أنسجة ٣٦ طفلاً مصابون بالتوحد أنهم مصابون في أنسجة المريء ، وذلك في ٢٥ طفلاً توحدياً بنسب ٤ ، ٦٩ % ، والتهاب حاد ومزمن في المعدة في ١٥ طفلاً توحدياً ويعانى ٢٤ طفلاً توحدياً من التهاب حاد ومزمن في الإثنى عشر ، وان عدد من الخلايا المرضية في تجويف الإثنى عشر ازدادت بصورة معنوية في حالة أطفال التوحد مقارنة بأطفال العينة الضابطة من غير المصابين في حين كان معدل نشاط إنزيمات هضم الكربوهيدرات في الأمعاء الدقيقة منخفضاً بنسبة ٥٨، ٣ % في ٢١ طفل توحدى ولم يكن هناك اختلاف في وظائف البنكرياس وعانى ٢٧ طفلاً توحدياً من زيادة إفراز العصارة الصفراوية .وقد أكدت العديد من الدراسات الفسيولوجية تكون العقد الليمفاوية بالأمعاء الدقيقة بين أطفال التوحد مقارنة بالعينة الضابطة ، ولوحظ زيادة في تكوين العقد الليمفاوية بالقولون في أطفال التوحد بنسبة ٥٩% في مقابل ٢٣% من العينة الضابطة مما يؤكد تكون العقد الليمفاوية بالأمعاء الدقيقة والقولون لدى أطفال التوحد.

ز-الخصائص الاستقلالية والحياتية :

يشير (ماجد عمارة ، ٢٠٠٥) : إلى أن الطفل التوحدى لديه قصور وعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع أداءها الأطفال العاديون من هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي ، ففي سن (٥) أو (١٠) سنوات من عمه قد لا يستطيع الطفل التوحدى أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتين أو أقل ، كما يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع الملابس وارتدائها ، وقد لا يهتم عند إعطائه لعبة يلعب بها بل يسارع بوضعها في فمه أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهم أو تقدير الأخطار التي يتعرض لها ، وتشيع لدى أطفال التوحد أعراض التبول الليلي ومشكلات الأكل والأرق.

ومن أنماط السلوك التي يتصف بها الطفل التوحدى هو التأخر في نمو السلوك التوافقي ، فالطفل التوحدى الذي يبلغ من العمر خمس سنوات قد يظهر سلوكاً يتناسب مع الطفل العادي الذي يبلغ من العمر عاماً واحداً ، ولذلك يفتقد الطفل التوحدى إلى مهارات العناية بالذات حيث يحتاج إلى من يقوم بإطعامه وإلى من يساعده على ارتداء ملابسه كما يقوم بوضع الألعاب الخاصة به في فمه مثل الطفل الرضيع أو يضرب عليها بأصابعه بشكل مستمر ، كما أنه لا يعبأ بمواطن الخطر (Goodman,R&Soott, 1997, p42)

وقد يتأخر بعض الأطفال التوحديين في اكتساب مهارات الرعاية الذاتية وذلك لأن غالبيتهم لا يفضلون التغيير ويرفضون محاولات تغيير الروتين مثل تناول الطعام أو ارتداء الملابس ، فالطفل الذي يعتاد على تناول نوعية معينة من الطعام يرفض أطعمة أخرى ومع ذلك فإن الأطفال التوحديين يستطيعون تعلم كيفية الاهتمام بأنفسهم من خلال برامج تعديل السلوك (Bhrll,M.,2001,p.31-32).

ق-الخصائص اللغوية :

يشير (لويس كامل مليكه ،١٩٩٨) : إلى أن الأطفال التوحديون يعانون من انحرافات ارتقائية خاصة على المستوى الارتقائي اللغوي والاجتماعي والحركي وفي عمليات الانتباه والإدراك واختبار الواقع .

وان تطور اللغة يمثل عاملاً حاسماً وهاماً جداً بالنسبة للتطورات المحتملة من اضطرابات الأطفال التوحديين حيث أنه إذا لم يكن هناك أي حصيلة لغوية لدى الطفل التوحدى يكون قد اكتسبها من البيئة المحيطة به حتى سن الخامسة أو السادسة من عمره فإن نمو قدراته وتطورها في المستقبل سوف يكون محدداً.

يشير (Colman,1996,p.919) : إلى أنه من أهم الخصائص البارزة التي يتميز بها الأطفال التوحديون هو العجز في تنمية اللغة أو الاتصال بالطريقة العادية مع الآخرين ، وقد يتبع ذلك أنواع عديدة من الشذوذ في مجال اللغة والتواصل ، حيث يوصف عدد كبير من هؤلاء الأطفال بأنهم مصابون بالخرس التام ،والبعض الآخر لا تنمو لديهم لغة مفهومة تساعدهم على التواصل مع الآخرين.

وتشير (علا عبد الباقي إبراهيم ، ٢٠١١) : إلى أن تأخر نمو اللغة والقدرة على التخاطب لدى الأطفال المصابين بالتوحد يرجع إلى ضعف الإدراك والانتباه لديهم ، والنقص الشديد لديهم في القدرة على التقليد ومتابعة الآخرين ومحاكاتهم فالانتباه يساعد على اكتساب اللغة والتواصل مع الآخرين ومتابعتهم بالنظر والإصغاء إلى ما يقولون ويفعلون مما يؤدى إلى نمو القدرة على التعلم والتخاطب واكتساب اللغة لكن هؤلاء الأطفال يفتقدون إلى ذلك ومن ثم لا يستطيعون تكوين حصيلة كلمات لها معنى أو عبارات لها مفهوم واضح ، فيبطئ التطور اللغوي لديهم كثيراً عن الأطفال الآخرين ، ويعانون من ضعف شديد في التعبير عما يريدون ويلاحظ أنهم يستخدمون كلمات غريبة خالية من المعنى ويرددونها كثيراً ، ومعظم كلماتهم ترددية لما يقوله الآخرون وليس رداً عليهم ، وليستخدمون الضمائر (أنا -أنت -هو ....الخ) بل كلمات متقطعة وتشير الإحصائيات إلى أن حوالي ٤٠% من الأطفال المصابين باضطراب التوحد ليست لديهم لغة التخاطب ولا يستطيعون الحديث وان منهم من يصدر همهمات غير مفهومة.

وتشير (سوسن شاكر الحلبي ، ٢٠٠٥) : إلى أنه من أهم مظاهر اضطراب اللغة عند الأطفال التوحديين (المصاداة :*Echololia*) حيث يردد الطفل ما قد سمعة تواً وفي نفس اللحظة وكأنه صدى والخلط بين الضمائر ، وعدم القدرة على تسمية الأشياء ، وعد القدرة على استعمال المصطلحات المجردة ، والخلط في ترتيب الكلمات وصعوبة في فهم بعض التعليمات اللفظية ، ويكون للطفل نطق خاص اسماه (كانر) اللغة المجازية (*Metaphorical language*) ، ويكون الكلام على وتيرة واحدة ، أما التواصل الغير لفظي كتعبيرات الوجه والإيماءات فغائبة أو نادرة ، وإذا وجدت فتكون غير مناسبة اجتماعياً وق يقتصر كلام الطفل على استخدام بعض الكلمات ولا يستخدم كلمة أو جملة صحيحة في مكانها المناسب ، كما يعانى من عجز في الربط بين المعنى والشكل والمضمون والاستخدام الصحيح للكلمة ، ومع هذا القصور اللغوي فإنه يبدو أن لبعض هؤلاء الأطفال ذاكرة قوية.

كما يعانى الطفل التوحدى من شذوذ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع (مثلاً أن يكون نبرة الصوت على وتيرة واحدة مثل الآلة وترديد الكلام دون أن يفهم وربما يكون في بعض المواقف ويردد كلمات أو جملاً قيلت أمامه ، فيتخيل الآخرون أنه على فهم ودراية بما يقول وهو عكس ذلك ، وأيضاً لا ينتبه إلى الصوت الإنساني رغم أن لديه حاسة سمع طبيعية ، وقد يكون على دراية بالأصوات التي تعير اهتمامه فمثلاً ينتبه لصوت ورقة بسكويت يتم فتحها أو صوت علبة شيكولاته وأيضاً يكون الفهم عنده ضعيفاً أو منعدماً ويبدى اهتماما قليلاً في التواصل مع الآخرين إلا في حالة أنه يريد شيئاً ما فيحاول أن يجد طريقة مبسطة لسد احتياجاته التي يريدها وتوجد عنده محاولات بسيطة لتوجيه بعض الرسائل باستخدام العين أو الإيماءات أو عن طريق الإشارات وهذه المعلومات القليلة يفعلها الطفل التوحدى لتلبية احتياج خاص به ، وتنمو لديه خاصية تسمى بالترديد المرضى لكل ما يقال أو جزء منه ، ويجد صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام ، وعنده مشكلة في حروف الجر مثل في ، على الخ ويستطيع فهمها من خلال التدريب في نطاق البيئة الضيق ومهارات الإيصال الداخلي تبدو ضعيفة ، وهى تعنى أن الطفل التوحدى لا يستطيع المشاركة في الحوار مع الآخرين ويعانى من شذوذ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع ويفشل في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به ، ويستخدم طرق (اللغة الوسيلية) وليست (التعبيرية قد لا يتكلم البعض مع الأطفال التوحديين.

ويذكر كلا من (جوردن ، بيول ، ٢٠٠٧) :إلى أنه يوجد بين الأطفال المصابين بالتوحد نقصاً واضحاً في اللغة والاتصال اللفظي وغير اللفظي ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لديهم : فهناك مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه واستخدامها والإيماءات التعبيرية ولغة الجسم وموضع الجسم ، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة ، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى والجوانب الخاصة بدلالات الألفاظ والجوانب العملية للمعنى.

ويشير (وليام كرين ، ٢٠٠٢) : إلى أن الطفل التوحدى يبدو وكأن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازه العصبي ، فإذا مر شخص قريب منه وضحك أو عطس إمامه أو نادى عليه فإنه يبدو كما لو كان لم يمر أو يسمع أو أنه أصابه الصمم أو كف البصر ، عندما تزداد معرفتنا بالطفل فإننا ندرك بشكل واضح عدم قدرته على الاستجابة للمثيرات الخارجية ، ويمكن أن نلاحظ بالإضافة إلى ذلك نقص الاستجابة للمثيرات الحسية وقد تكون متناقضة كأن يخفي عينيه عند سماع صوت مرتفع.

ويشير (محمد فتيحة ، ٢٠٠١) : إلى أهم الخصائص اللغوية التي تظهر عند الأطفال الناطقين المصابين بالتوحد :

استخدام اللغة *Pragmatic* :

صعوبة في البدء في المحادثة أو الاستمرار فيها

محادثة قصيرة جداً

استخدام مدى محدد من وسائل الاتصال حيث يركز على وظائف لغوية محددة مثل الاحتجاج

صعوبة في الربط بين الشكل والمحتوى فعلى سبيل المثال استخدام كلمة في غير موضعها كاستخدام كلمة مرحباً عند الانصراف

التحدث في موضوعات خارجة عن السياق

إعادة كلام التحدث أو ترديد الكلام

جمل روتينية حيث يتبع الطفل روتيناً معيناً في كلامه عادة

صعوبة في تغير أسلوب الحديث مع تغير الأشخاص فعلى سبيل المثال عندما يتحدث مع والده أو مع مدرسه يجد صعوبة في تغيير أسلوب حديثه

استخدام الأسئلة بكثرة

المفردات *Semantics* :

عدم القدرة على استعادة الكلمات من الذاكرة

الإجابة على الأسئلة بطريقة غير مناسبة

ضعف في العلاقة التي تربط بين المعاني (العلاقة بين الكلمة والكلمة – العلاقة بين الصوت والصوت)

النحو / الصرف *Syntax/ Morphology* :

صعوبة في التصريف خصوصاً في استخدام الضمائر والأفعال

جمل سطحية وبدون معنى وأقل تعقيداً بالمقارنة بأقرانهم العاديين

التركيز على ترتيب معين للجملة

التطور الصوتي *Phonology* :

الإبدال في نفس الصوت بأخطاء لفظية

الترتيب التطوري في اكتساب الأصوات يشبه الأطفال الطبيعيين

التطور الصوتي عادة ما يكون الجزء الأقل تأثراً في اللغة .

خامساً : الاستيعاب Comprehension :

تأخر الاستيعاب بشكل عام خصوصاً في الحديث المتصل مثل المحادثة .

الفصل الثالث : مشكلات الطفل التوحدي

مشكلات الطفل التوحدى :

التوحد وما يرتبط به من حالات أخرى عبارة عن اضطرابات عصبية – نمائية، تنطوي بشكل رئيسي على خلل في النمو الاجتماعي ، اضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي ، واضطرابات سلوكية ، مراجعة العوامل العصبية – النفسية في التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى تقدم تحديات عديدة حيث أن الأدبيات متنوعة ومتسعة . النماذج النفسية التي تهيمن على الساحة حاليا تشتمل على نظرية العقل الترابط المنطقي المركزي ، والوظائف التنفيذية ،مع نتائج البحوث المرتبطة والتي يتم دمجها وتفسيرها في هذه البناءات المحددة المكانيزمات الاجتماعية – المعرفية والنمو اللغوي تقع أيضا في حتمية مجال الوظيفة العصبية – النفسية.

أ) الإدراك الحسي :

منذ الظهور المبكر للنظريات المعرفية في مجال التوحد ، وُثقت الاضطرابات الحسية بشكل جيد واعتبرت مجالاً رئيسياً للعجز . وأوضح (أورينتز وريتفو) *Ornitz & Ritvo,* (*1963*) مدى الحساسية الزائدة التي تؤثر في كل حاسة من الحواس في ما يزيد على ١٥٠ حالة من التوحديون بناء على ملاحظاتها فقد سلما بأن عدم القدرة على تعديل المدخلات الحسية لدى الأطفال ذوى التوحد تظهر نفسها في تغيير حالات الإثارة (مثلا الدوران،الحساسية الزائدة للمثيرات)، والكف (مثلا : عدم الاستجابة) ، وأن حالة عدم التنظيم هذه بدورها تؤدى إلى التغلب الإدراكي ، وفي البحوث الحديثة ، تم دراسة الاستجابة غير المعتادة للأطفال التوحدين للمثيرات الحسية والنماذج غير المعتادة للسلوك في علاقتها بمجالات أخرى مثل النقائص الاجتماعية والمعرفية واللغوية ، ومع ذلك تبين وجود استجابة غير طبيعية للتحفيز الحسي تميز بين التوحدين من الأطفال والمجموعات الضابطة في دراسات الخصائص السلوكية المبكرة

ب) الانتباه :

الملاحظات السلوكية المعينة ، بالإضافة إلى برامج البحوث تؤكد على اضطرابات في الانتباه لدى الأفراد التوحديين فالانتباه قدرة رئيسية حيث أنها أساس عمليات اختصار المعلومات ، وانتقاء الاستجابة ، والاستعداد للفعل النهائي . تصل المعلومات الجديدة في شكل تدفق مستمر للمثيرات الداخلية والخارجية ، ويقوم الفرد بتنمية قدرة متزايدة يتجاوز الدافع للانتباه لما هو جديد أو مرغوب فيه حتى يتأهل أو يوجه أو يرشد الانتباه بناءاً على المعرفة السابقة والأهداف الداخلية ويتميز الأفراد التوحديون بانتباه قوى للمعلومات البصرية التكرارية البسيطة مقارنة بنظرائهم من ذوى الاضطرابات النمائية الأخرى كما يقاس بالأداء المستمر على المهام

ج)النمو الاجتماعي في التوحد :

كان (كانر) Kanner (١٩٤٣) أول من وصف متلازمة التوحد الطفولى المبكر فقد أعلن في ورقته أن (١١) طفلا الذين أظهروا ما أسماه (كانر)نقص فطرى للاهتمام بالناس أو التوحد Autism - وهى كلمة مشتقة من الأصل اليوناني *Autos* أي "النفس أو الذات " على عكس الاهتمام المحدود لدى هؤلاء الأطفال بالبيئة الاجتماعية ، فإنهم قد أظهروا – في الغالب – اهتماما بسمات أو مظاهر البيئة العلاجية على سبيل المثال قد لا يبدو الطفل على أنه يدرك والديه أو احدهما ، إلا أنه يصبح في حالة من الذعر إذا رأى الأثاث غير مرتب ، واعتبر (كانر) الخلل الوظيفي الاجتماعي والاستجابات غير المعتادة للبيئة السمتين الأساسيتين للمتلازمة.

كما ذكر بعض الباحثين في النقائص الاجتماعية سمة من سمات الأفراد التوحديين(*Rimiand, 1964,Rutter,1998,Wing,1976*) على الرغم من أن بعض المهارات الاجتماعية تظهر معه إلا أن حتى الكبار التوحديين"المرتفعين في الوظيفة " لديهم مشكلات رئيسية في العلاقات الاجتماعية (*Volkmar & Coben,1985*) الأعمال اللاحقة عدلت من الوصف الأصلي لكانر بطريقة هامة إلا أنه مازال الانحراف الاجتماعي هو السمة الظاهرة لهذه المتلازمة . الأدوات الشخصية وأدوات التقييم التي ابتكرت التوحد تؤكد على العوامل الاجتماعية (Parke,1984) وأيضا معايير التشخيص الحالية لهذا الاضطراب.

د) مشكلات اللغة والتواصل لدى الأطفال التوحديين :

اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين :

يشير (عثمان فراج ، ٢٠٠٢ : ص ٢٠) في تعريفه لاضطرابات الكلام بأنها قصور أو خلل أو اضطرابات في وظائف الكلام *Durability Disorder Speech* وتقع تحت هذه الفئة أنواع مختلفة من العجز أو الاضطرابات في الحديث والكلام ومنها الأفيزيا *Aphasia* وهو مصطلح يشمل أنواع متعددة منها ما هو جزئي بمعنى اضطراب محدود أو كبير في القدرة على التعبير اللغوي بالكلام وقصور الإرسال ، وهناك حالات قصور أو اضطراب في وظائف النطق والكلام والتلفظ *Disorders Articulation* وقد يكون في شكل عجز أو امتناع النطق ، فيكون في شكل اضطراب الوظيفة التي تتكون منها الكلمات ، أو اضطراب الإيقاع في الكلام ، أو في شكل عدم تناسق أو تعسر النطق ، ويكون ناتجاً عن اضطراب عضلات الكلام *Dysthartria* أو الانحباس الهستيري للصوت *Aphania* ، أو عقلة اللسان *Aphthonyio* الناتجة عن اضطرابات في عضلة اللسان .

ويوضح (عادل عبد الله ، ٢٠٠٤) : المؤشرات الدالة على وجود اضطرابات في اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين في ما يلي :

لا يستطيع الطفل التوحدى أن يدخل في حوار مع الآخرين.

لا يستخدم الحديث في التواصل ذي معنى.

يتجنب التقاء العيون أو التواصل البصري.

كثيراً ما يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات.

مدى انتباهه ومعدل احتفاظه بالانتباه قصير.

لا يستطيع استخدام الكلمات التي لديه في سياقات مختلفة.

لا يستخدم معاني الكلمات التي يعرفها كي تساعده على استرجاع المعلومات المختلفة

يعانى من قصور في فهم الحالات العقلية له ولغيره (اعتقادات - نوايا - انفعالات - بيئة اجتماعية).

وتشير (نوال عطية ، ١٩٩٥ : ص ٤٧- ٥٦) في توضيحها للغة على أنها مواد تعبيرية عما يجول في ذهن الفرد ، وكما يرى (ثورنديك)أنها أهو الوسائل الاجتماعية بالنسبة للفرد ووظيفتها إشباع رغباته وإتاحة الفرصة له للتعبير عن أفكاره ومشاعره فهي تظهر الفكرة الكامنة في نفس الفرد للآخرين وبذلك فهي تتيح عملية الاتصال الاجتماعي واللغوي بين الأفراد وفي الواقع فاللغة ضرورية لحفظ بقاء الكائن الحي ولاستمرار الحياة فاللغة هي الوسيلة الحيوية والفعالة التي تعين الطفل على التعبير عن رغباته فالطفل إذ يبدأ الاستجابة للأشياء يبدأها بالإشارة ثم يتعلم الاستجابات اللفظية بالتدريج حتى ينطق اللفظة الخاصة بالشيء وبعدها تصبح لديه القدرة على استعمال جملة بدلاً من الكلمات وكلما زادت حصيلته اللغوية استطاع أن يستخدم رموز حديثة واستطاع أن يستخدم الألفاظ المحددة وأن يتعامل بها.

أما في حالة الأطفال التوحديين فتشير (علا عبد الباقي إبراهيم ، ٢٠١١ ، ص: ٤٥) إلى أنهم لا يستطيعون الكلام ويعجزون عن استخدام اللغة للتعبير عن احتياجاتهم وما يريدونه ، ويبدون وكأنهم صُم فلا يتجهون نحو صوت يناديهم كما يبدون وكأنهم عميان فلا يتتبعون بالنظر إلى من يتجه إليهم أو ينظر إليهم ويعجزون عن استخدام لغة الإشارة فلا يشيرون إلى ما يرغبون ، وبعض هؤلاء الأطفال يستخدمون لغة غير عادية فيتحدثون بكلمات مفردة وألفاظ مبهمة خالية من المعنى وهو ما يطلق عليه كلام غير وظيفي بينما يقوم البعض الآخر بترديد بعض الكلمات أو العبارات مراراً وتكراراً وبعضهم يردد ما يسمع دون رد ومن ثم يتدنى مستوى الحوار التواصلي بينهم وبين الآخرين ، وحينما يتعلمون الكلام واللغة فإنهم يقلدون بدون انتباه أو تتبع للآخر أو ما يطلق عليه الانتباه المترابط وبالتالي فإن التقليد بدون الانتباه المترابط يؤدى إلى العديد من الخصائص اللانمطية للكلام واللغة ويظهر ذلك في النطق المقلوب وعدم التميز بين الضمائر أو المتكلم والمخاطب ، والترديد الببغاوي ، ونطق بعض الهمهمات .(إم.إم.إم)

تعتبر عيوب اللغة في التوحد من المشكلات الرئيسية فقد أوضحت بعض التقارير التي أجريت على حالات أطفال الأوتيزم أن قليل جداً منهم ينجحون في التحدث بلغة مفهومة في سن الخامسة والسادسة وأن حالات أخرى لم تبدأ في اكتساب اللغة والتحدث إلا في سن البلوغ والمراهقة وأن حوالي ٣٠ % منهم تقريباً يستخدمون اللغة بشكل مفيد وأن ثمة معوقات واضحة قد تستمر لدى هؤلاء الأطفال فهم يفشلون في استخدام الألفاظ البحتة والكلام إن وجد يكون غير مناسب للموقف كما أنهم يقاطعون الآخرين في الحديث.

كما أشارت العديد من البحوث إلى أن اضطرابات اللغة هي السمة الجوهرية للتوحد فقد يكون أكثر من نصف الأطفال التوحديين لا يتكلمون على الإطلاق متدرجين من الغياب الكامل للغة كأداة اتصال إلى القواعد اللغوية الفجة والببغاوية (*Echolalia*) **.**

يشير بانجور Bangor **(٢٠٠١) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً لديهم مشكلات لغوية في الاتصال الاجتماعي إذا ما قورنوا ا بالأطفال العاديين ، إن معظم الأطفال الذاتويين المتخلفين عقلياً لا يتحدثون حتى سن الخامسة من العمر** (Bangor: 2001,P56)**.**

الدراية أو المعرفة عن التواصل البشرى هي الأساس للنظرية والممارسة الإكلينيكية في مجال التوحد ، المعالم في اللغة والتواصل تلعب أدواراً رئيسية في كل نقطة تقريبا في النمو في فهم التوحد . يهتم والداي الأطفال التوحديين أول ما يهتموا بأن هناك شيء غير طبيعي في نمو الطفل بسبب التأخيرات أو الانتكاسات في نمو الكلام (Ahort & Chopler,1988)

كما تبين أن استخدام أطفال المدارس للغة الوظيفية مرتبط بالنواتج العقلية طويلة الأمد في التوحد (Demyer et al,1973,Paul & Chen,1984) **الطلاقة والمرونة الخاصة باللغة التعبيرية بعد أن يقعان تحت التمييز بين التوحد ذي الوظيفة المرتفعة والوظيفة المنخفضة لدى أطفال المدارس أو الأطفال في سن المراهقة ، تاريخ التأخر في اللغة يمكن أن يكون ضروري وحاسم في تمييز التوحد عن الاضطرابات المرضية الأخرى لدى الكبار ذوى الوظيفة المرتفعة** (Lord & Venter,1992) **على الرغم من أنه لم يتم إدراك التوحد في البداية – غالبا – بسبب النماذج البطيئة وغير المعتادة من نمو الكلام فإن كثير من السمات المبكرة للعجز اللغوي المرتبطة به تتداخل مع اضطرابات أخرى.**

وعلى الرغم من أن المهارة في اللغة هامة للوظيفة لدى الأفراد التوحديين ، فإن التأخرات في اللغة التعبيرية في السنوات الأولى من مرحلة ما قبل المدرسة ليست مقصورة أو حكرا على التوحد (Cantwell et al,1980)**.**

في حالة ما يوجد وصف جيد للتاريخ الاجتماعي المبكر للطفل ، وأيضا استخدامه للأشياء عندئذ يتم تشخيص التوحد بدون الإشارة أو الرجوع إلى التأخر (Cohen et al, 1993,Lord et al, 1993,Siegel et al,)

كما اشتمل تاريخ التوحد على اهتمام متزايد وغير فعال باللغة والتواصل ، من تفسير عدم السواء اللغوي على أنه ثانوي بالنسبة للنقائض في الوظيفة الوجدانية الاجتماعية (Kanner,1943) إلى النظرة التي مفادها أن اضطرابات التوحد هي نتيجة لاضطراب لغوى أساسي (Rutter,1920) إلى تركيز مانع على الاضطرابات البرجماتية (Baltaxe,1977) إلى اهتمام باستخدام اللغة في دراسة سلوكية أخرى، خصوصا القدرات المعرفية ذات الرتبة العالية مثل نظرية العقل (Baron-Cohen,1993) من المتعارف عليه الآن أن اللغة في التوحد متقلبة تماما ، ويحتمل أن توجد مجموعات فرعية من الأفراد داخل حالة التوحد لديهم بروفيلات لغوية متميزة ، بعضها يشبه تلك البروفيلات الخاصة باضطرابات اللغة النهائية (Fred et al,2006: 336) .

ويشير (محمد على فتحية ، ٢٠٠١ ، ٤٣١) التطور اللغوي عند الأطفال المصابين بالتوحد :

من الميلاد وحتى ١٨ شهر:

فقدان الاتصال غير اللفظي .

صعوبة في تفسير البكاء .

رفض محاولة الآخرين للتواصل حتى الوالدين .

لا يقلد حركات الجسم والإيماءات مثل الإشارة إليه (باى....باى) .

يظهر تأخراً لغوياً واضحاً .

استخدام لغة غير مفهومة .

من ١٨ شهر وحتى ٤ سنوات :

يفقد الإيماءات المناسبة .

تكون كلماته الأولى على غير المعتاد .

تأخر لغوى شديد .

قلة المفردات اللغوية .

من ٤ وحتى ٧ سنوات :

عدم القدرة على البدء في المحادثة .

يصدر أصوات وتعليقات غير مفهومة .

يعيد ما يقوله الآخرين .

الاستخدام غير المناسب للضمائر .

التحدث بصمت ونغمة غير اعتيادية .

التقليد خصوصاً للدعايات .

ويشير (سعيد حسنى العزة ، ٢٠٠١، ١٢٤- ١٢٥) : إلى مراحل النمو اللغوي والعوامل المؤثرة فيه :

مرحلة الصراخ والبكاء : *Crying Stage* :

يستعمل الطفل الصراخ كرد انعكاسي في البداية للتعبير عن ما يضايقه وقد يستعمل ذلك كوسيلة للتعبير عن جوعه أو اتساخه أو شعوره بالألم وتمتد هذه المرحلة من الميلاد وحتى الشهر التاسع ، والصراخ والبكاء يمكن اعتبارهم كمؤثرات أو منبهات يمكن التنبؤ عنها على قدرة الطفل على التحدث في المستقبل.

مرحلة المناغاة *Babbling Stage* :

في هذه المحلة يصدر الطفل الأصوات ويكررها وتمتد هذه المرحلة من الشهر الرابع أو الخامس حتى الشهر الثامن أو التاسع وتمتاز هذه المرحلة بنطق أحرف العلة مثل الاه والواو والياء ويمكن القول بأن المناغاة هي لغة الإرسال ذي الطرف الواحد في تلك المرحلة من عمر الطفل وأيضاً يمكن اعتبارها بأنها إشارة ايجابية يمكن الاستدلال منها على مستقبل الطفل اللغوي إلى حدٍ ما.

مرحلة التقليد *Imitation Stage* :

في هذه المرحلة يقلد الطفل الأصوات والكلمات بشكل غير صحيح فكلماته تكون ناقصة لبعض الحروف فهو قد يقلد بعض الحروف أو يحذفها أو يغير مواقعها وقد يكون لذلك علاقة بمدى نضج جهاز النطق وضعف السمع ولابد من التدريب وتوفر المعينات السمعية إلي ضعاف حاسة السمع ليستطيع الطفل النطق وتمتد هذه المرحلة من السنة الأولى وحتى السنة الرابعة .

مرحلة المعاني *Semantic Stage* :

في هذه المرحلة تزيد قوة إدراك الطفل ويصبح قادراً على الربط بين الرموز اللفظية ومعانيها وتمتد هذه المرحلة من السنة الأولى وحتى الخامسة وما بعدها وتجدر الإشارة إلى أنه في الحقيقة يحب التركيز على اللغة المنطوقة الخاصة أى اللغة التي يمكن استثمارها والتفاعل معها مع محيط الفرد الاجتماعي أي القاموس اللغوي المفيد في التعلم والاتصال أما اللغة المنطوقة العامة لا تعتبر مؤشراً صادقاً على قدرة الفرد اللغوية على التعلم.

مشكلات مكونات اللغة لدى أطفال التوحد :

يعانى أطفال التوحد من مشكلات وصعوبات في مكونات اللغة تتمثل في الآتي :

الصوتيات :*Phonetics* :

وهو تركيز الأصوات وعلاقتها بالقدرة على الكلام ، حيث تكون نبرة الصوت عند طفل التوحد شاذة غريبة ، تتصف بالرتابة ، مما يصعب على المتلقي فهمها واستيعابها .

المفردات :*Vocabulary* :

(الحصيلة اللغوية) : حيث يحدث تأخر في الحصيلة اللغوية عند أطفال التوحد ، وقد يرجع ذلك إلى قلة المحصول اللغوي وخاصة عند تأخر الكلام إلى سن خمس سنوات عند أطفال التوحد ، وهو سن بدء الكلام لديهم هذا وإن كان البعض يتمكن من تكوين حصيلة لغوية جيدة.

بناء الجملة الكلامية *Syntax* :

وترتيب الكلام حيث يلاحظ تأخر أطفال التوحد في اكتساب بناء الجملة الكلامية ، وصعوبات استخدام الضمائر والخلط بين المفردات .

ملائمة وانسجام اللغة :

المستخدمة في المواقف الاجتماعية ، وتوقعات المتلقي ، فمثلاً قد يعانى طفل التوحد من صعوبة في فهم ما يقصده المتحدث فيجيب إجابة بعيدة عن المقصود(سليمان عبد الواحد يوسف ،٢٠١٠).

ويشير (محمد فتيحة ، ٢٠٠١، ٢٣٢ – ٢٣٣) إلى أهم الخصائص اللغوية التي تظهر عند الأطفال الناطقين المصابين بالتوحد على النحو التالي :

أولاً : استخدام اللغة *Pragmatic* :

صعوبة في البدء في المحادثة أو الاستمرار فيها

محادثة قصيرة جداً

استخدام مدى محدد من وسائل الاتصال حيث يركز على وظائف لغوية محددة مثل الاحتجاج

صعوبة في الربط بين الشكل والمحتوى فعلى سبيل المثال استخدام كلمة و في غير موضعها كاستخدام كلمة مرحباً عند الانصراف

التحدث في موضوعات خارجة عن السياق

إعادة كلام المتحدث أو ترديد الكلام Echolalia

جمل روتينية حيث يتبع الطفل روتيناً معيناً في كلامه عادة

صعوبة في تغيير أسلوب الحديث مع تغير الأشخاص فعلى سبيل المثال عندما يتحدث مع والده أو مع مدرسه يجد صعوبة في تغيير أسلوب حديثه

استخدام الأسئلة بكثرة

ثانياً: المفردات *Semantics* :

عدم القدرة على استعادة الكلمات من الذاكرة .

الإجابة على الأسئلة بطريقة غير مناسبة .

ضعف في العلاقة التي تربط بين المعاني .

ثالثاً: النحو/ الصرف *Syntax / Morphology* :

صعوبة في التصرف خصوصاً في استخدام الضمائر والأفعال .

جمل سطحية وبدون معنى واقل تعقيداً بالمقارنة بأقرانهم العاديين .

التركيز على ترتيب معين للجملة .

رابعاً: التطور الصوتي *Phonology* :

الإبدال في نفس الصوت بأخطاء لفظية .

الترتيب التطوري في اكتساب الأصوات يشبه الأطفال الطبيعيين .

التطور الصوتي عادة ما يكون الجزء الأقل تأثراً في اللغة .

خامساً: الاستيعاب *Comprehension* :

تأخر الاستيعاب بشكل عام خصوصاً في الحديث المتصل مثل المحادثة .

ويشير (محمد بن عبد العزيز الفوزان ،٢٠٠٠) إلى أن اضطرابات اللغة والكلام التي تميز وتحدد الأطفال التوحديين تتمثل فيما يلي :

-صعوبة في اللغة والتخاطب واكتساب المعرفة :

لاشك أن لغة التخاطب تعتبر من المعوقات التي تواجه طفل التوحد إذ أن هناك ٤٠ % من أطفال التوحد في العالم لا يحسنون التحدث ، وليست لديهم لغة التخاطب ، كما أن الأطفال الذين لديهم لغة التخاطب ويتحدثون فإن حديثهم هو عبارة عن كلام بالترديد مثل الببغاء أي يردد ما قاله الشخص الذي يخاطبه مثل يا أحمد التفاحة يردد ما قاله ويقول خذ يا أحمد التفاحة . وهذا الحديث غير مقبول في المجتمع .

لاشك أن لغة التخاطب تعتبر من المعوقات التي تواجه طفل التوحد إذ أن هناك ٤٠ % من أطفال التوحد في العالم لا يحسنون التحدث ، وليست لديهم لغة التخاطب ، كما أن الأطفال الذين لديهم لغة التخاطب ويتحدثون فإن حديثهم هو عبارة عن كلام بالترديد مثل الببغاء أي يردد ما قاله الشخص الذي يخاطبه مثل يا أحمد التفاحة يردد ما قاله ويقول خذ يا أحمد التفاحة . وهذا الحديث غير مقبول في المجتمع.

-الاستخدام المتقطع للغة :

يتصف أطفال التوحد بهذه الخصوصية حيث أنهم يمتلكون رصيداً كبيراً من الكلمات ولكنهم لا يمتلكون المقدرة على استخدام هذه الكلمات في محادثات ذات معنى وهذه هي المشكلة التي يعانى منها أطفال التوحد.

-الانعكاس الضميري :

وهذا يعنى أن الطفل التوحدى يثبت ضمير (أنت) عوضاً عن ضمير (أنا) مثال ذلك لو أننى خاطبت أحمد بأن أقول له : هل تريد البسكويت يا أحمد ؟ فالإجابة بكل بساطة يكرر نفس السؤال الموجه إليه ويقول هل تريد البسكويت يا أحمد ؟ وكذلك عدم القدرة على استخدام حرف الجر مثل (الطعام على الطاولة) لأنه لا يفهم بل يجب أن يقال له طعام طاولة وهكذا ....

-عدم ربط الأحداث وعدم إدراك معنى الأشياء :

فمثلاً عدم ربط الأحداث مع بعضها كأن يقول لديه لعب وقد يلعب بها ولكن ليس لديه أي معنى لهذه اللعبة أو الهدف منها أو كيفية استعمالها ، كم أن أطفال التوحد ليس لديهم غريزة التملك مثل الأطفال العاديين فلو أعطى لعبة فيأخذها ثم يرميها في أي مكان.

-الاستظهار من غير فهم وعدم ربط الأحداث مع بعضها :

حيث يقوم الأطفال التوحديين معظمهم بأعمال غريبة ولافتة للنظر من ذاكرته واستظهار أشياء في خياله من غير فهم كأن يذكر ويردد حديثاً أو حركة شاهدها أو سمعها من جهاز التلفاز ويظل يكرر هذا الحديث طوال الوقت طالما أن٥٦ ذاكرته تملى عليه هذا الشيء من غير فهم أو ربط هذا الحديث بالوقت المناسب.

كما أنه توجد عدة مشكلات يعانى منها الطفل التوحدى في المراحل العمرية التالية :

أولاً : مشكلات الطفل التوحدى من ٢ - ٥ سنوات تنحصر في :

استجابة غير طبيعية للأصوات :

غالبا ما يظن البعض أن الطفل التوحدى مصاب بالصمم لأنه عادة يتجاهل الأصوات العالية ولكن والديه على يقين أنه يسمع لأنه أحيانا يلتفت مرة واحدة لو سمع أي صوت من الأصوات المفضلة لديه مثلا (عند سماع صوت ورقة قطعة الحلوى وهى تفتح) وفي المقابل تكون بعض الأصوات مزعجة له بصورة رهيبة فيغطى أذنيه حتى لا يسمع الصوت وكأن لديه إحساس نحو هذه الأصوات .

مشكلات في فهم الكلام :

يستجيب الطفل التوحدى للكلام بطريقة غير طبيعية حيث يتجاهل صوت والديه عند مناداته باسمه وقد تمر عدة سنوات قبل أن يتعلم كيف يستجيب إذا سمع اسمه

مشكلات في التحدث :

لا يتكلم بعض الأطفال التوحديين أبدا طوال عمرهم والبعض الآخر وهم أكثر من ٥٠% يتعلمون كيف ينطقون بعض الكلمات على الرغم من أنهم يبدءون ذلك في وقت متأخر عن أقرانهم العاديين يسمعها من حوله أو من التلفاز أو أغنية أطفال يحبها .

مشكلات في فهم الأشياء المرئية :

لا يركز الطفل التوحدى نظره على الأشياء التي عادة يحب الأطفال العاديين رؤيتها لمدة طويلة ولكنه يعطى نظرة سريعة ثم يحوله.

مشكلات فهم الإشارة :

يتسم الطفل التوحدى بالإعاقة في استخدام اللغة المرئية ففي السنة الأولى يستخدم الصراخ كبديل للغة وقد تمر عدة سنوات قبل أن يبدأ الطفل في استخدام الإشارة إلى الشيء الذي يريد.

حواس اللمس والتذوق والشم :

سرعان ما يلاحظ آباء الأطفال التوحديين أنهم يستخدمون حواس اللمس والتذوق والشم في اكتشافهم لما يحيط بهم ولكن يتعلمون ذلك في وقت متأخر عن أقرانهم من الأطفال العاديين ، وقد يظهر الطفل التوحدى أنه غير حساس للبرد أو الألم ولكنه كلما كبر يكون لديه حساسية مبالغة للأذى.

حركات جسدية غير مألوفة :

لوحظ على الطفل التوحدى أنه يقوم ببعض الحركات الغريبة مثل حركات اليدين أو القفز لأعلى وأسفل والمشي على أطراف الأصابع والدوران دون الإحساس بالدوخة ، وتحدث هذه الحركات عندما ينظر الطفل التوحدى لشيء يشد انتباهه

تصرفات صعبة ومشكلات عاطفية :

تظهر هذه التصرفات عادة في السنوات الأولى للطفل التوحدى وتكون واضحة في البداية لعدم قدرة الطفل على التفاهم مع من حوله ، وتبين أنه عند وضع برنامج مناسب لهذا الطفل فإن هذه المشكلات تبدأ في الانخفاض تدريجيا وتقل مشكلاته العاطفية ولحظات الغضب.

الانعزال الاجتماعي :

يتصرف الطفل التوحدى وكأن ليس من حوله أحد فهو مثلا لا يرد على من يناديه فقد يمر على أحد الأشخاص وكأن هذا الشخص غير موجود ويحدث كل هذا في البداية وإذا بدأ الطفل التوحدى سنواته الأولى في فهم العالم الخارجي وكسر طوق التواصل فمن هنا تبدأ تصرفاته تتغير ويبدأ وكأنه يشعر بمن حوله من أنشطة كالطفل العادي

الخوف من أشياء خاصة :

قد يخاف الطفل التوحدى من أشياء قد تكون عادية لغيره وعلى الجانب الآخر نجد هذا الطفل لا يخاف من أشياء قد تكون مخيفة ، ومن ثم الطفل التوحدى شديد الخوف دون داع.

السلوك المحرج اجتماعياً :

يتصرف الطفل التوحدى تصرفات غير مقبولة اجتماعياً نظراً لكونه لا يفهم ما حوله ، فبعض الأطفال المصابين بالتوحد يعيشون في عزلة تامة ولديهم خمول ولا يسببون أي إزعاج بينما البعض الآخر منهم كثير الحركة مخربا . (سميرة عبد اللطيف : ١٩٩٢

ثانياً : مشكلات الطفل التوحدى بعد خمس سنوات :

إن آباء الأطفال التوحديون يواجهون أوقات عصيبة خلال السنوات الأولى لأطفالهم مما يصيبهم بالإحباط وفقدان الأمل وتعد بعد مرور السنوات الخمس الأولى يبدأ التغيير للأحسن للطفل التوحدى وأكبر تغيير يطرأ عليه هو الجانب الاجتماعي والعاطفي فيظهر الطفل التوحدى عاطفة قوية نحو والديه ولمن حوله ويصبح اجتماعياً وأكثر انتباها للخطر الحقيقي وهذا مما يدخل الراحة والطمأنينة في نفوس الوالدين.

إلا أن هناك مشكلات أخرى تظهر لدى الطفل التوحدى في مراحله العمرية المختلفة ومنها :

-العشوائية وعدم الإتقان في أداء الحركات التي تتطلب المهارة

-العزلة والانسحاب الاجتماعي

-مقاومة التغيير

-مخاوف خاصة

-عدم القدرة على اللعب

-سوء النطق والتحكم في الصوت

-مقاومة التعلم والسلبية

-السلوكيات النمطية الشاذة (نادية أديب: ١٩٩٣)،(لورنا وينج: ١٩٩٤) (محمد شوقي:٢٠٠٣)

ويشير (محمد كامل : ٢٠٠٣) لأكثر المشكلات اللغوية المرتبطة باستخدام وفهم اللغة عند ذوى التوحد على النحو التالي :

أولاً : مشكلات التعبير اللغوي :

-التعارض بين استخدام وفهم اللغة :

نجد أن بعض الأطفال التوحديين يمتلكون لغة ظاهرية منطوقة تبدو أنها تتطور بشكل جيد لأن لديهم غالبا مشكلات إنشائية تعبيرية عميقة خاصة في المضمون الاجتماعي والتعبير عنه وتظهر تلك المشكلات بوضوح أثناء اختبارات اللغة.

وأيضا لديهم صعوبة في فك الشفرة في التراكيب اللغوية والمفاهيم المعقدة وبالتالي يصعب على الأفراد الآخرين التعامل معهم بسبب فهمهم الضيق المحدود لمعاني الكلمات والألفاظ المستخدمة في اللغة ، وقد يفهمهم البعض فهم خاطئ على إنهم غير متعاونين أو يسلكون بأسلوب فظ وأغبياء وذلك بسبب الفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم.

-الحرفية :

هناك صعوبة أخرى تظهر لدى الأطفال التوحديون مرتبطة بالإنشاء الضعيف والتبرير اللغوي المضطرب والتي تستمر في خلق العديد من المشاكل في فترة البلوغ وهو الميل لتفسير ما يقال حرفيا ، تلك الاستجابات الناتجة عن الفهم والتفسير الحرفي للغة التي تجعل هؤلاء الأطفال في مشكلات اجتماعية عميقة عند تفاعلهم مع الآخرين مثال- عندما سألت المدرسة الطفل – اريك – متى ولد ومتى يحتفل بعيد ميلاده فكانت استجابته أن نظر إليها باستنكار وأجاب بلوم شديد في كل عام بالطبع.

ثانياً : مشكلات في اللغة المنطوقة :

-الاضطراب في دلالات الألفاظ والكلمات :

يعانى الأطفال التوحديين من قصور واضح في فهم كثير من المفاهيم أو معاني الكلمات التي يتلقونها من الآخرين كما يظهر لديهم أيضا قصوراً في تعميم تلك المفاهيم ، وبالتالي انخفاض في قدراتهم التعبيرية فهم يعانون من صعوبة في إيجاد الشكل الصحيح من الكلمات من أجل التعبير عن أفكارهم الخاصة لدرجة تصل إلى أنه يمكن وصف حديثهم بأنه في غير الموضع المحدد.

ويشير (رفعت محمود بهجات ، ٢٠٠٧، ص ١١١- ١١٢) إلى أنه يمكن تعليم طفل التوحد بتشغيل معالج الكلمات من خلال تدريبه على مهارات استخدام لوحة المفاتيح المناسبة في الكومبيوتر ، وهذه الوسيلة تمثل طريقة هامة تعمل على تنمية قدرة الطفل على القراءة والهجاء من خلال تزويده بذاكرة حركية مهارية (تعتمد على نمط موضع أصابع اليد على مفاتيح اللوحة) في حالة كل كلمة وهذا المدخل مفيد لأصحاب التوحد الذين يعانون من صعوبة لغوية .

-طريقة استخدام الكلمات :

حيث أن الأفراد ذوى التوحد يغلب عليهم الاستخدام المضطرب للكلمات حيث أن كثير منهم يتحدثون بأسلوب يمكن وصفه على أنه كوميدي والبعض الآخر حديثهم يتصف بالدكتاتورية أو الصوت المرتفع وبعضهم حديثهم يتصف بأنه متطاول على الآخرين ، أيضا بعض الأفراد ذوى الأوتيزم قد يوصف على أنه لديه حصيلة جيدة من المفردات اللغوية إلا أن هذه الحصيلة تزيد من المشكلة لدى هؤلاء الأفراد خاصة عند اختلاطهم بأفراد المجتمع أو تواجدهم وسط مجموعة من الأفراد العاديين لأنه بسبب الاستخدام غير المناسب لتلك المفردات في الوقت المناسب لها فهذا يؤدى إلى تعقد الموقف الاجتماعي وزيادة صعوبة التفاعل الاجتماعي لدى هؤلاء الأفراد .

- ترديد الكلام (الحديث) :

يعتبر ترديد الكلام لدى الأطفال ذوى التوحد من أكثر المشكلات انتشارا وغالبا ما تظهر تلك الاضطرابات عندما يكون الأفراد ذوى التوحد تحت ضغط معين أو تشويق أو في مواقف عالية التناقض ، وفي بعض الأحيان يعد ترديد الكلام دليلاً على أن الفرد ذو التوحد يحاول استخدام لغة أكثر إبداعا ومحكمة المفردات وقد يظهر الاستخدام المتكرر للكلام أو اللغة نتيجة لعدة أسباب فقد يكون هذا الأسلوب هو الطريقة الوحيدة الفعالة للفرد ذو التوحد للاتصال بالآخرين باعتباره طلب معتمد لاستحواذ انتباه الآخرين أو بسبب عدم إحساسه بالأمان في موقف معين ، وهذا الأسلوب في جميع الأسباب يؤدى إلى إعاقة التواصل الاجتماعي العادي لأنه يسبب الضيق للأفراد الآخرين الذين يتعاملون مع الأفراد ذو التوحد.

-الفظاظة أو التبلد الذهني :

هناك مشكلة كبرى تظهر لدى الأفراد ذو التوحد تتمثل في انخفاض المحصول اللغوي المناسب اجتماعياً الموجود لديهم بمعنى نقص الملائمة للقواعد الاجتماعية المناسبة في الحديث مع الآخرين فالأفراد ذوى التوحد غالبا ما يخفقون في تقدير تأثير حديثهم سواء كان في الأسلوب أو في المحتوى على الآخرين ، وبالتالي فإن الفرد ذو التوحد غالبا ما يوصف في كثير من المواقف التي تتطلب مهارات اجتماعية معينة أو تفاعل اجتماعي بأسلوب محدد على أنه فظ أو متبلد ذهنيا ، وبالتالي فإن هذا الأسلوب غالبا ما يقلل من فرض النضج الاجتماعي لدى الأفراد ذوى التوحد لأنه يولد عدم التقبل الاجتماعي لهذا الفرد .

ثالثاً : مشكلات التفاهم مع المفاهيم المعنوية :

-التحدث عن المستقبل :

تمثل المفاهيم المعنوية أو الافتراضية مصدر صعوبة كبرى لدى الأطفال التوحديين خاصة فيما يتعلق بالمفاهيم المرتبطة بالمستقبل فعلى سبيل المثال تعد بعض الاستجابات الشائعة بين الأفراد العاديين غامضةً جداً أو غير مؤكدة بالنسبة للأفراد التوحديين ، فمثلا الإجابة عن الأسئلة باستخدام بعض الكلمات مثل قريبا أو من الممكن أو سأفكر في هذا يمكن أن تؤدى إلى استثارة هائلة لغضب الأفراد التوحديين حيث أن هؤلاء الأفراد ليست لديهم القدرة على الاستدلال من تلك الاستجابات على استنساخ أي معلومات حقيقية أو أين أو متى سيحدث هذا الحديث الذي يسألون عليه بالتحديد .

-التعبير عن المشاعر والأحاديث :

يعانى الأطفال التوحديين من صعوبة في التحديث عن المشاعر والأحاسيس التي يمرون بها أو حتى التحدث عن الألم الجسماني الذي يمكن أن يشعرون به أو يتعرضون له ، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن عدد من الأفراد التوحديين أصبحوا مرضى بشدة سواء بخراج في الأسنان أو أمراض في المعدة أو حتى التهاب الزائدة الدودية ولم يكن لديهم القدرة على توضيح أنهم يشعرون بآلام معينة وبالطبع فإن هذه الحساسية الضعيفة للألم يمكن أن يكون لها مضاعفات خطيرة.

-حس الدعابة :

من المثير للدهشة أن الأطفال التوحديين يتمتعون بقدر غير معقول من الميل للدعابة حيث يمكن أن تصبح الفكاهات والألعاب وبعض الألغاز التي تقدم لهؤلاء الأفراد مصدر الاستمتاع لديهم ، كما أكدت بعض الدراسات أنه يمكن استخدام هذه الأساليب كمدخل له تأثير فعال في تشجيع التدخلات العلاجية الإيجابية ذات المغزى الاجتماعي .

-النقص في القدرة على تبادلية الحديث :

يعد النقص في القدرة على تبادلية الحديث والإخفاق في الاقتراب من الطريق المناسب لتبادل أطراف الحديث (الاستماع في الوقت المناسب والتحدث في الوقت المناسب) أكبر مؤشراً للأفراد التوحديين والذين يميلون إلى إمطار الأشخاص الذين يقابلونهم بأسئلة أو عبارات مكررة غالبا بغض النظر عن الإصابات التي يحصلون عليها ، كما أن عدم قدرتهم على التوقف عن الحديث في الوقت المناسب يؤدى بهم إلى أن يكونوا غير واعين بالتلميحات التي توضح أنهم أصبحوا مملين وأنهم يعطلون النقاش المفتوح أو أنهم يسيطرون على المحادثة بصورة غير مقبولة (محمد كامل ، ٢٠٠٣: ٣٤- ٤٤)

رابعاً : المشكلات التي تعانى منها أسرة الطفل التوحدى :

كثيراً ما تتعرض أسرة الطفل التوحدى بكثير من المشكلات التي تعانى منها والتي من أهمها :

مشكلات في عملية التفكير :

وذلك يرجع إلى النقص في المهارات العقلية اللازمة للقيام بالعمليات التي تؤدى إلى إدراك معاني الكلمات ، والمقارنة بين الأشياء وفهم المعلومات وتحليلها واستنتاج الأحكام والاستفادة من الخبرات ، ويؤثر هذا النقص على الطفل التوحدى وعلى عمليات تعليمه واستيعابه للمواد الدراسية النظرية وأسس تعاملاته الاجتماعية.

مشكلات نفسية :

وذلك يرجع دائماً إلى تجاهل الآخرين إلى الطفل التوحدى ورفضه وعدم تقبله مما يؤدى إلى شعوره بالخوف وعدم الأمان وفقده الثقة في نفسه وشعوره بالسلبية وقصور قدراته وعجزه عن مجاراة الآخرين في أنشطتهم وسلوكياتهم.

مشكلات صحية :

أحياناً ما يصاحب المتخلف عقلياً التوحدى اضطرابات صحية أخرى مما يزيد من صعوبة التعامل معه كأن يصاحب إعاقته اضطراب في وظائف الجهاز التنفسي أو اضطراب في وظائف الجهاز الهضمي أو يكون مصحوباً باضطرابات حركية أخرى.

مشكلات حركية :

أحياناً ما يصاحب المتخلف عقلياً التوحدى مشكلات تعوق حركته العضلية مثل الشلل الدماغي أو العيوب الخلقية مما يحول بينه وبين ممارسة النشاط العضلي الحركي وتؤدى مضاعفات هذه الأعراض إلى تقييد المجال المكاني الذي يتحرك فيه الطفل التوحدى والتقليل أيضاً من فرص التفاعل الاجتماعي والمشاركة مع الآخرين في أنشطتهم.

مشكلات في التكيف الاجتماعي :

في حالة وجود المشكلات النفسية ، والصحية ، والحركية فإنه يتعذر على الطفل المعاق عقلياً التوحدى أن يتكيف اجتماعياً لأن هذه المشكلات تؤثر بشكل سلبي على عمليات التوافق الاجتماعي بينه وبين الآخرين وعادة ما يرجع ذلك إلى الإحباط الذي يتعرض له بسبب فشله وشعوره بالنقص وفقدانه لثقته.

مشكلات في الإدراك الحسي :

يشير(عبد الرحمن محمد عيسوي ، ١٩٩٦، ١٣٤- ١٣٦) إلى أن مشكلات الإدراك الحسي ترتفع نسبة الإصابة بها بين المتخلفين عقلياً التوحديين عن أقرانهم من ذوى الاحتياجات الخاصة وذلك لافتقار الكثير من المتخلفين عقلياً التوحديين إلى القدرة على التمييز بين المؤثرات الحسية التي لا يستطيعون فهمها أو التعرف عليها كما قد يفشلون في التعرف على أوجه الاختلاف في نواحي الشكل والحجم واللون والمسافة والصوت مما يعوقهم ويحول بينهم وبين اكتساب الخبرات الحسية والبيئية وعلى علاقاتهم بالآخرين وعل مقدار تحملهم للمسئولية وعلى أمنهم وأمن الآخرين في بعض الحالات ، وقد يحتاج بعض أفراد فئات التخلف العقلي إلى نوع من المراقبة المتقطعة أو الدائمة ، وبعض الإجراءات الأخرى الخاصة بسلامتهم أو حمايتهم من أخطار يحتمل أن يتعرضوا لها في مجال الحياة اليومية.

مشكلات في الدمج الحسي :

الدمج الحسي عبارة عن عملية تنظيم المعلومات الحسية (المثيرات الحسية) الداخلة إلى المخ من أجل استعمالها والاستفادة منها فمن المعروف أن حواسنا المختلفة تستقبل المعلومات (المثيرات الحسية) عن حالة أجسامنا ، ومن ثم ترسل هذه المعلومات إلى المخ ، فتنصب هذه المثيرات الحسية في المخ كما ينصب منسوب الماء في البحيرة ، فيدخل إلى المخ عدد لا حصر له من المعلومات أو المثيرات الحسية ، ليست فقط من حاسة البصر ولكن من الحواس المختلفة مثل حاسة السمع واللمس والتذوق والحس الحركى (المسئول عن الإحساس بوضع الجسم والإحساس بالحركة) والحس الهليزى (المسئول عن توازن الرأس وعلاقتها بالجاذبية الأرضية) ، وحتى يتصرف الفرد بشكل طبيعي ويتعلم ويتحرك لابد للمخ أن يقوم بتنظيم هذه المثيرات لينتج عنها استجابات طبيعية صحيحة إذا ما دخلت إلى المخ بشكل طبيعي منظم ، أما إذا ما دخلت هذه المثيرات بشكل غير منظم فإنه لا ينتج عنها استجابات طبيعية صحيحة.

مشكلات في الاستجابات الحسية والبصرية الدفاعية :

تتضمن هذه المشكلات استجابة الطفل التوحدى لبعض المثيرات الحسية بشكل غير طبيعي ، سواء كان هذا المثير سمعياً أو لمسياً أو بصرياً أو من حاسة الشم أو التذوق فالأطفال الذين يعانون من هذه المشكلات عادة ما يكون لديهم ردود فعل غير ملمسية ، وعادة ما تكون الاستجابة لحاسة اللمس استجابة عنيفة ، أو قد ينسحب الطفل أو يحاول أن يتجنب أن يلمسه أحد ، فنجد هذا الطفل لا يتحمل اللمس في الأمور العادية مثل تسريح الشعر أو غسله أو قص الأظافر أو غسيل الأسنان ، وعادة ما يسبب هذا السلوك مشكلة لآباء هؤلاء الأطفال نظراً لما يواجهونه من صعوبات في هذه المشكلات ونظراً للاستجابات غير الطبيعية لهذه الأشياء فنجد مثل هؤلاء الأطفال استجاباتهم لبعض ملامس الأشياء غير طبيعية مثل ملمس بعض أنواع من الطعام أو ملمس ملابس معينة . مما يجعل هؤلاء الأطفال يرفضون أن يأكلوا بعض أنواع من الطعام أو يرفضون ارتداء ملابس معينة . وهؤلاء الأطفال يوصفون بأن لديهم حساسية مفرطة للمس ، وهناك أطفال لديهم حساسية ضعيفة لحاسة اللمس فنجد استجاباتهم ضعيفة لهذه المثيرات.

مشكلات في الاستجابة الدفاعية للفم :

يشير (محمد صبري وهبة، ٢٠٠٤)إلى أن هذه المشكلات يمكن أن تسبب مشكلة للطفل عند غسيل أسنانه بالفرشاة ، وهناك صعوبة عند فحص طبيب الأسنان له ، ونجده يصعب عليه تحمل بعض ملامس أطعمة معينة ودرجة حرارة أطعمة معينة

ويشير (خيري المغازى ، وليد خليفة ، ٢٠٠٦: ١٠٥) إلى أنه نظراً لمحدودية الخبرات التي يتعرض لها الطفل المتخلف عقلياً التوحدى فإن خبراته تكون قليلة مما قد ينعكس ذلك على كفاءة حواسه ، فالحواس تقود إلى الإدراك ، ومن ثم نجد أن الأطفال المتخلفين عقلياً التوحديين لديهم قصور في عمليات الإدراك مما يؤدى إلى قلة كفاءتهم في التعامل مع المواقف الاجتماعية والبيئية ، ويتطلب التغلب على هذه المشكلات ضرورة بذل الجهود المكثفة لتنمية حواس الطفل المتخلف عقلياً التوحدى عن طريق المثيرات البصرية والسمعية وتنمية الإدراك الكلى والانتباه .

مشكلات في اللغة والكلام :

يشير(محمد رفقي محمود ،١٩٨٧: ٩٣) إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً التوحديين يعانون من صعوبات متعددة في مجال اللغة لما لديهم من خصائص لغوية ناجمة عن التخلف العقلي تتضمن ما يلي :

يقل مستوى التجريد في لغة المتخلفين عقلياً التوحديين .

تقل كمية المنطوقات الصوتية بين المتخلفين عقلياً التوحديين كما قلت نسبة ذكائهم .

يعانون من نقص نسبى في اكتساب مفردات اللغة ، وفي القدرة على التعبير عن حاجاتهم ومشاعرهم وما يحسون به أو يجول بخاطرهم .

لا يحسنون الكلام ويبدو كلامهم مشوشاً وقريباً من لغة صغار الأطفال .

ويضيف (وليد خليفة ، مراد عيسى :٢٠٠٦) إلى أن علاج صعوبات النطق وعيوب الكلام يقوم على أساس تشجيع الطفل المتخلف عقلياً التوحدى على المناقشة والتعبير وتوفير المنبهات اللفظية يساعد على تحسين حصيلته اللغوية ، وإصلاح عيوب نطقه.

ويمكن أن يقوم بذلك كل من الأب والأم في البيت ، والمدرس في الفصل.وذلك بتدريب الطفل بأتباع الآتي :

-توجيه الحديث للطفل والعمل على زيادة انتباهه من خلال تقليد كلام الآخرين وتشجيع الأنشطة اللغوية الاستكشافية المقدمة له .

-تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدى على التعبير بالكلام عن طريق المحادثة التليفونية فقد أثبتت فاعليتها .

-تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدى على الأنشطة التي تعتمد على الحوار وتبادل الأدوار لتنمية المهارات الاجتماعية واللغوية .

-تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدى على البروفات اللغوية النشطة الشاملة فإنها مؤثرة وأكثر فاعلية من الطريقة التقليدية .

-تدريب الطفل المتخلف عقلياً التوحدى على القراءة الشفوية عن طريق الصور فقد أثبتت فاعليتها في تعليمه وتدريبه .

-تعزيز الطفل المتخلف عقلياً التوحدى عند النطق السليم أو التفوه باللغة .

-مشاركة الوالدين كوسيلة في إجراءات التدريب على تنمية المهارات اللغوية حتى تكون أكثر كفاءة .

-تدريب الأطفال التخلفين عقلياً التوحديين يجب أن يصمم من خلال لغتهم اليومية والبيئية المحيطة بهم .

-تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً التوحديين على برنامج يتضمن منظومة لغوية تشجعهم وتنمى لديهم حب الاستطلاع والفهم والمعرفة والتساؤل مما ينعكس أثره على تنمية اللغة العادية .

-استخدام القصص المشوقة والتي تعمل على إكساب الطفل المتخلف عقلياً التوحدى المهارات اللغوية وتعديل سلوكه.

مشكلات في التبول اللاإرادي :-

يشير (وليد السيد خليفة ، ٢٠٠٧: ١٨٧- ١٨٨) إلى أن كثير من الأطفال المتخلفين عقلياً التوحديين يتأخرون في ضبط عملية الإخراج لأسباب نفسية وجسمية ونقص في التدريب على هذه العمليات وانه من الضروري الاهتمام بدراستها وعلاجها في عمر مبكر بإتباع الخطوات التالية :

فحص الطفل طبياً وعلاج الأسباب الجسمية للتبول اللاإرادي مثل التهابات الكلى والمثانة وحمضية البول الزائد والتهابات العمود الفقري وغيرها .

وضع برنامج تدريبي للطفل ينظم ذهابه للحمام قبل وفي أثناء وبعد النوم .

دراسة مشاكل الطفل النفسية وتحسين ظروف البيئة من حوله وتحسين أساليب معاملته.

تبصير الطفل بالمشكلة وبقدرته على العلاج وتشجيعه على التعاون في تنظيم مواعيد ذهابه إلى الحمام .

دور الأسرة في التغلب على مشكلات الطفل التوحدى :

للأسرة دور فعال في التغلب على كثير من مشكلات طفلها التوحدى وذلك من خلال تقديم الخبرات والمهارات التي تزيد من ثقته بنفسه من خلال برامج تجعله يتغلب على كثير من مشكلاته.

ويشير (محمود على محمد، ٢٠٠٤) إلى أنه يجب أن يحتوى البرنامج الذي يقدم للطفل التوحدى على المثيرات البصرية والتكنولوجية عند التطبيق ، فمثلاً تشترك الأسرة مع طفلها التوحدى في فتح جهاز التليفزيون ، ويجب أن يشتمل برنامج تدريب الطفل التوحدى على العاب وترفيه وإشباع رغبات الطفل في الأنشطة واللعب بالصلصال والرمال وأن يميل الطفل إلى أن يبحث عن التسلية في البرامج .

ويوضح (محمد صبرى وهبة ، ٢٠٠٤) أن الأسرة تلعب دوراً مهماً في عملية تدريب التوحدى ولكن ذلك يجب أن يخضع لعملية تأهيل أسرى أساسه التثقيف والتوعية عن طريق فريق يضع أهدافه المختص والأخصائي الاجتماعي حيث استخدام الندوات والمناقشات والمحاضرات التثقيفية لتوعية الأسرة بدورها في مساعدة الطفل التوحدى على التدريب بشكل جيد.

ويؤكد (فتحي السيد عبد الرحيم ، ١٩٨١: ١٥٣) على دور الأسرة بالنسبة للطفل المتخلف عقلياً التوحدى من خلال سببين رئيسيين هما :

أن هذا الطفل يميل لأن يكون عرضة لمواقف الضغط والتوتر – سواء داخل المنزل أم خارجه – لدرجة أكبر مما يواجه الطفل العادي . يواجه الطفل المتخلف عقلياً التوحدى قدراً من الإحباط يفوق ما يواجه غيره من الأطفال . كذلك فإن قدرة الطفل المتخلف على المحافظة على دور الصداقة ودوره بين جماعة الرفاق أقل بالمقارنة بالأطفال الآخرين.

يضاف إلى ذلك أن الطفل المتخلف لا يستطيع المنافسة في الأنشطة العقلية بنفس الدرجة التي يتمتع بها سواه من الأطفال ، مثل هذه الفروق يمكن أن تنتج استجابات عاطفية متطرفة من جانب الوالدين تتراوح ما بين الحماية الزائدة والرفض الصريح للطفل.

يتضمن أهمية دور الأسرة بالنسبة للطفل المتخلف عقلياً التوحدى أنه يكمن في أهمية إدراك حقيقة مؤداها أنه على الرغم من حاجة الطفل المتخلف عقلياً التوحدى الماسة إلى ظروف أسرية متوازنة وثابتة من الناحية العاطفية والانفعالية فإن حالة التخلف عند الطفل تميل بطبيعتها إلى خلق الوضع العكسي لإشباع هذه الحاجة ، في كثير من الأحيان وجد أن التخلف يخلق موقفاً انفعالياً مشحوناً للغاية في محيط الأسرة مما يضع الطفل في موقف يتسم بعدم الاستقرار.

الفصل الرابع : الدراسات والبحوث السابقة

مقدمة :

سوف أقوم في هذا الجزء من الكتاب بعرض لأهم الدراسات التي تناولت البرامج التدريبية السلوكية لتعديل سلوكيات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من فئة التوحديين والذين يعانون من اضطرابات التوحد ، والذين هم في حاجة دائمة للدعم من خلال برامج تدريبية سلوكية علاجية ، وذلك للتخفيف من اضطراباتهم النفسية والسلوكية والتي تتمثل في سوء توافقهم مع اقرأنهم من الأسوياء في المجتمع.

وقد قمت بتصنيف الدراسات السابقة إلى عدة محاور بناءً على المتغيرات :

المحور الأول :

دراسات تناولت برامج سلوكية عامة في التقليل من سوء التوافق لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

المحور الثاني :

دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال التوحديين .

المحور الثالث :

دراسات تناولت العلاج والعلاج بالفن للأطفال التوحديين .

المحور الرابع :

دراسات تناولت علاج اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين.

دراسات تناولت استخدام العلاج باللعب في تخفيف اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين وتنمية اللغة والتواصل بينهم.

المحور الأول : دراسات تناولت برامج سلوكية عامة في التقليل من سوء التوافق لدى الأطفال المعاقين عقلياً

دراسة فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٩٢): بعنوان" فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم". وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدي فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم" ، وتكونت العينة من (٢٤) طفلا وتتراوح نسب ذكائهم بين (٥٠- ٧٠) وقسموا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية (اختبار ستانفورد بينية لقياس الذكاء – قائمة الصحة العالمية المقننة – مقياس السلوك التوافقي إعداد/ صفوت فرج وناهد رمزي، ١٩٥٨م – برنامج تعديل السلوك إعداد الباحثة) وقد استخدم البرنامج فنيات المنحي السلوكي والنمذجة لتعديل بعض أشكال السلوك التوافقي والاستقلالي، وأسفرت نتائج الدراسة عن: (لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح أطفال المجموعة التجريبية وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ومتوسطات المجموعة التجريبية بعد المتابعة وذلك لصالح أطفال المجموعة التجريبية، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ونفسها قبل التطبيق وبعده وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل التطبيق ومتوسطات درجاتهم بعد التطبيق وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم – وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل المتابعة ومتوسطات درجاتهم بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل المتابعة ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم).

دراسة أموال عبد الكريم (١٩٩٤): بعنوان" فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً" وهدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً وذلك من خلال التركيز على ثلاث مهارات هي مهارة التعبير عن الامتنان بقول شكراً، ومهارة التعبير عن الاعتذار بقول آسف، ومهارة التعبير عن الاستئذان بقول من فضلك، وتكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٦ – ٩) سنوات من المعاقين عقلياً بمركز رعاية وتأهيل المعاقين في إمارة أبو ظبي مقسمين إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، واستخدمت اختبار رسم الرجل، ومقياس المتاهات، ومقياس السلوك التكيفي، إلى جانب استمارة ملاحظة السلوك، والبرنامج التدريبي، وأكدت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في إكساب أفراد العينة المهارات الاجتماعية موضوع التدريب، وحدوث انخفاض كبير في كم السلوكيات غير المرغوب فيها.

دراسة جومبل Gumpel, (1994) : بعنوان" فاعلية نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدي المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم :" . واستهدفت الدراسة تطوير نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لأفراد متخلفين عقلياً قابلين للتعلم وذلك من خلال برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدي المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراسة من (٣٤) من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة العقلية تتراوح أعمارهم بين (٦-١٨) سنة واستخدمت الدراسة برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية باستخدام فنيات النمذجة والتدعيم باستخدام الحلوى إلى جانب التدعيم الاجتماعي، وأسفرت النتائج عن أن التدريبات السلوكية مع المتخلفين عقلياً أظهرت نتائج إيجابية في البداية واستمرارية التفاعل مع الأقران، وأن المجموعة التي استخدمت فنيتي النمذجة والتدعيم قد تحسنت بصورة أفضل في السلوك التوافقي الوظيفي من تلك التدريب على حل المشكلات للأفراد المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

دراسة سهير شاش (٢٠٠١): بعنوان" فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ". وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات وأثرها في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ومن بعض هذه المهارات مهارة التواصل، العلاقات الاجتماعية مهارات احترام المعايير الاجتماعية وذلك في نظام دمج للأطفال المتخلفين مع الأطفال الأسوياء في المدارس العادية، وتكونت عينة الدراسة الكلية من (٨٠ طفلاً) ومنهم (٥٠ طفلاً) متخلف عقلياً، و (٣٠) طفلاً من العاديين كعينة استطلاعية، وقد استخدمت النمذجة في تصميم البرنامج، واستغرق تطبيق البرنامج مدة شهرين، وقد أثبتت النتائج فعالية البرنامج المعد في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم في مجموعة الدمج وانتكاسة في مجموعة العزل التي لم تتعرض للبرنامج، وذلك في المهارات الاجتماعية التي تم التدريب عليها.

دراسة العربي محمد زايد (٢٠٠٣): بعنوان" فاعلية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم". وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم باستخدام جداول النشاط المصور وأثرها في خفض السلوك الإنسحابي، فقد سعى الباحث إلى إعداد برنامج يوفر الحد الأدنى من إعدادهم للحياة وذلك من خلال تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم على أنشطة واقعية وعملية ذلك لتحقيق نوعاً من الاستقلالية والتفاعل الاجتماعي، وقد شمل البرنامج جداول النشاط المصورة، هذا وقد ضم برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية عدة أبعاد هي: التعاون والمشاركة، التفاعل الاجتماعي – مهارة تكوين الأصدقاء – إتباع القواعد والتعليمات – التعبير الانفعالي – مهارة حل المشكلات والمهارات الاجتماعية المدرسية، وتألفت عينة الدراسة من (١٠) أطفال معاقين عقلياً (٥) مجموعة تجريبية (٥) مجموعة ضابطة ممن تتراوح أعمارهم (٩-١٢) عام وقد استغرق التدريب ستة أشهر، وأسفرت نتائج الدراسة: عن أهمية الجداول المصورة في إحداث تنمية المهارات الاجتماعية والمتماثلة في أبعاد البرنامج الذي حددته الدراسة والذي من شأنه أن يحقق قدراً معقولاً من التوافق مع الآخرين في البيئة المحيطة وبالتالي قل السلوك الإنسحابي لهؤلاء الأطفال واستمرار التحسن بعد فترة المتابعة التي استمرت شهرين.

دراسة أحمد علي عبد الله الحميضي (٢٠٠٤): بعنوان" فعالية برنامج سلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "، وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم الذين يعانون من نقص المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة وذلك من خلال التدريب على البرنامج السلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة ومتجانستين من حيث العمر والجنس ودرجات الذكاء ودرجات المهارات الاجتماعية وتتكون كل مجموعة من (٨) أطفال، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "المجموعة التجريبية" قبل وبعد البرنامج السلوكي لصالح القياس البعدي - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم "المجموعة الضابطة" على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة من الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح أفراد المجموعة التجريبية .

دراسة ميادة محمد علي أكبر (٢٠٠٦): بعنوان" فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض داون ". وهدفت الدراسة إلى تنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي، وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" وذلك من خلال برنامج تدريبي، وتكونت عينة الدراسة من (٣٢) طفلاً وطفلة من المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون"، وتراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٢) عاماً، ونسب ذكائهم ما بين (٥٠-٧٠) درجة، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وروعي التجانس بينهما في كل من السن، والذكاء، والمستوي الاجتماعي الاقتصادي والجنس.

واستخدمت الباحثة مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، ومقياس مهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، وبرنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقلياً والمصابين بأعراض داون" القابلين للتعلم. إلى جانب مقياس الذكاء، ومقياس لتقدير المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية، واستمارة جمع البيانات الأولية، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية نتيجة تعرضها للبرنامج الإرشادي على متغيرات الدراسة مهارات اجتماعية ومهارات التواصل اللفظي، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة.

دراسة ريمين جوتن (Remin gton, (2007 : بعنوان"فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية وأثره على السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم وهدفت الدراسة إلي الكشف عن فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية (الاستقلال – التعامل بالنقود) لتعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وطبقت الدراسة على مجموعة تجريبية قوامها (٢٣) طفلاً من أطفال ما قبل المدرسة من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وتم التدريب على بعض المهارات الاجتماعية (الاستقلال – التعامل بالنقود) وذلك على مدى عام دراسي، وقد أشارت نتائج الدراسة إلي أن هناك فروقاً دالة إحصائية في المهارات اللغوية ومهارات الحياة اليومية والسلوك الاجتماعي الإيجابي لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة سيفرز (Seevers, (2008 : بعنوان" فعالية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم". وهدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية والتي تضمنت التفاعل مع الآخرين: التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصدقاء والتعامل مع الكبار لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، وطبقت الدراسة على (٨) أطفال من المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم ولديهم قصور واضح في المهارات الاجتماعية وتم تدريب عينة الدراسة على بعض المهارات الاجتماعية وذلك من خلال برنامج تدريبي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية والتي تضمنت التفاعل مع الآخرين: التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصدقاء والتعامل مع الكبار وتعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم.

المحور الثاني : دراسات تناولت اضطراب التوحد عند الأطفال التوحديين

دراسة لمياء عبد الحميد بيومي (٢٠٠٨)

بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين ".

هدف الدراسة : تقديم برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين . وقياس مدى فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين وتزويد المسؤولية عن إعداد البرامج التدريبية لهذه الفئة ببرنامج يسهم في تنمية مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين .

عينة الدراسة : تكونت من (١٢) طفل تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٩ – ١٢) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما ضابطة (٦) أطفال منهم (٣ ذكور –٣ إناث) والأخرى تجريبية (٦) أطفال منهم (٣ ذكور – ٣ إناث).

نتائج الدراسة : ظهرت في وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدى على أبعاد مقياس مهارات العناية بالذات ومجموع الأبعاد وذلك لصالح المجموعة التدريبية .

دراسة فايزة إبراهيم الجيزاوي (٢٠٠٨)

بعنوان " فاعلية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين" .

هدف الدراسة : يكمن في تقديم إطار نظري متكامل حول إعاقة التوحد مفهومها وأسبابها وتشخيصها والأساليب العلاجية.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديون عددهم (١٠) أطفال وأعمارهم تتراوح بين (٤-٧) سنوات ، حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية أولى وعددهم (٥) أطفال وطبق عليهم البرنامج السلوكي ، ومجموعة تجريبية ثانية وعددهم (٥) أطفال وطبق عليهم برنامج النشاط المصور .

نتائج الدراسة : أشارت النتائج إلى :

فعالية البرنامج السلوكي في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أفراد العينة التجريبية الثانية من الأطفال التوحديون.

فعالية برنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى أفراد العينة التجريبية الثانية من الأطفال التوحديون.

فعالية البرنامج السلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية التعبيرات الانفعالية بعد القياس البعدى لدى أفراد العينة التجريبية الأولى ، والتجريبية الثانية من الأطفال التوحديون لصالح أفراد العينة التجريبية الثانية من النشاط المصور.

استمرار فعالية البرنامج السلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية التعبيرات الانفعالية بعد انتهاء فترة المتابعة لدى أفراد العينة التجريبية الأولى والتجريبية الثانية من الأطفال التوحديون.

دراسة مجدي فتحي غزال (٢٠٠٧) :

بعنوان " فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان".

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى فعالية برنامج تدريبي لتطوير المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية كل منهما من (١٠) أطفال من الذكور يعانون من اضطراب التوحد وتتراوح أعمارهم بين (٥-٩) سنوات.

نتائج الدراسة : تلخصت نتائج الدراسة في :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠٫٠٥) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على القياس البعدى لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠٫٠٥) في المهارات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على قياس المتابعة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

دراسة رضا عبد الستار رجب كشك (٢٠٠٧) :

بعنوان " فعالية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين ".

هدف الدراسة :- تهدف الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية التدريب على برنامج التواصل باستبدال الصور في تنمية مهارات التواصل الوظيفي (الطلب – الاختيار – الاعتراض – التعليق – الانتباه المشترك – التقليد) لدى الأطفال التوحديين وتقديم برنامج تدريبي لعينة من الأطفال التوحديين لتنمية مهارات التواصل الوظيفي.

عينة الدراسة :- تكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال توحديين وأمهاتهم (٦ ذكور – ٢ إناث) ، وتتراوح أعمارهم مابين (٩ -١٢) سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (ثلاثة ذكور – واحدة من الإناث) ، والأخرى ضابطة (ثلاثة ذكور – واحدة من الإناث) ، مع مراعاة التجانس بين المجموعتين.

نتائج الدراسة :- تكمن في تنمية مهارات التواصل الوظيفي التي تعتمد على المثيرات البصرية وجوانب القوة لدى أطفال التوحد.

دراسة هنري سيلفر : Silver ,Henry ,E.T (٢٠٠٦):

بعنوان " الخطأ والثواب في التدريب الانفعالي القصير يحسن من التعرف على انفعالات الوجه عند المصابين بالاضطراب التوحدى - دراسة تمهيدية- "

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تأثير التدريب على الانفعالات وعلى التعرف على انفعالات الوجه ، ثم توضيح الخلل في التواصل الانفعالي قد يكون عامل هام في ضعف الأداء عند الأطفال التوحديين.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٢٣) طفلا وطفلة في سن مابين (٥-٨) سنوات وخضعت أفراد العينة لثلاث جلسات تدريبية في الأسبوع باستخدام برنامج التدريب على الانفعالات بالكمبيوتر.

نتائج الدراسة : قد توصلت الدراسة إلى أن البرنامج يحسن من التعرف على انفعالات الوجه عند الأطفال المصابين بالتوحد.

دراسة : سوينى Swaine (٢٠٠٤) :

بعنوان " تعليم مهارات اللغة للأطفال ذوى اضطراب التوحد عن طريق استخدام القصص الاجتماعية".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى توضيح فعالية استخدام القصص الاجتماعية مركبة مع لعب الدور في تحسين المهارات اللفظية العملية لأثنين من أطفال التوحد ذوى الأداء المرتفع في مرحلة المدرسة ، وهل يستطيع هؤلاء الأطفال الاحتفاظ بالتأثيرات العلاجية التي تم تحقيقها.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من اثنين من الأطفال الذكور ذو اضطراب التوحد المرتفع في سن المدرسة ، وأحد عشر طفلا من أقرانهم من نفس السن والجنس من ذوى النمو العادي.

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية استخدام القصص الاجتماعية مركبة مع لعب الدور في تنمية مهارات المبادأة ، ومهارات الطلب ومهارات التعليق ، وقد تم ملاحظة ذلك أثناء التفاعلات الثنائية بين الأطفال التوحديين ، وأقرانهم ذوى النمو العادي.

دراسة توبين ، ك Towbin,K, (٢٠٠٣) :

بعنوان "إستراتيجيات من أجل العلاج الدوائي للتوحدى ، وزملة الأسبيرجير "

نتائج الدراسة : توصلت نتائج الدراسة إلى أنه كلما اكتشفنا معرفة أكثر بالناقلات العصبية التي تسهل عملية السلوكيات المتكررة ، ونظم المكافأة والإدراك والاجتماعي كلما توفرت أسباب تدعونا للاعتقاد بأن معالجتنا سوف تصبح أكثر حنكة وحرفية .

دراسة تونج ، وبيرتون ، وآخرون Tong & Breton,et al (٢٠٠٤) :

بعنوان " قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدى

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التأكد من إمكانية استخدام قائمة لفحص سلوك الطفل التوحدى ، وتقييمه ومتابعته.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (١٢٠) طفلا وطفلة من الأطفال التوحديون وعينة ضابطة من الأطفال المتخلفين عقلياً.

نتائج الدراسة : توصلت إلى أن الأطفال التوحديون لهم بروفيل خاص باضطرابات التواصل والمشكلات الاجتماعية ، والانفعالية ، والسلوكية.

دراسة رومانو Romano (٢٠٠٢) :

بعنوان " هل القصص الاجتماعية فعالة في تعديل السلوك لدى الأطفال ذو اضطراب التوحد".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى فحص تأثيرات تدخل القصة الاجتماعية على ثلاث سلوكيات مستهدفة هي التواصل غير الملائم ، والعدوان ، والمشاركة الاجتماعية غير الملائمة لدى مجموعة من الأطفال ذوى اضطراب التوحد .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال من ذوى اضطراب التوحد ، تتراوح أعمارهم مابين (٤- ٨) سنوات .

نتائج الدراسة : أوضحت فعالية استخدام القصص الاجتماعية في خفض السلوكيات المضطربة (التواصل غير الملائم – العداوات – المشاركة الاجتماعية غير الملائمة) وذلك لدى الأطفال ذوى اضطراب التوحد.

دراسة محمد شوقي عبد المنعم (٢٠٠٤) :

بعنوان " فعالية برنامج إرشادي فردى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم) ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج إرشادي فردى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم).

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (١٠) أطفال توحديون وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية (تكونت من ٥ أطفال) والأخرى ضابطة (تكونت من ٥ أطفال) .

نتائج الدراسة : أظهرت نتائج الدراسة فعالية في تنمية مهارات التواصل اللغوي التي تضمنها البرنامج وهى مهارة الإسماع – التعرف – التحدث .

دراسة هالة فؤاد كمال الدين (٢٠٠١) :

بعنوان " تصميم برنامج لتنمية السلوك والاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تصميم برنامج عربي لإكساب مهارات السلوك والاجتماعي للأطفال التوحديون .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (١٦) طفلا مصابا بأعراض التوحد تتراوح أعمارهم مابين (٣-٧) سنوات .

نتائج الدراسة : توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين درجات المجموعات التجريبية في القياس القبلي ، ودرجاتها في القياس البعدى لصالح القياس البعدى في الجوانب التالية :-

ارتفاع معدل ظهور الألفاظ الجديدة ، وذات المقاطع المتعددة في استمارة السلوك اللفظي.

انخفاض مستوى اضطراب التوحد الاجتماعي ، لارتفاع مستوى التفاعل واللعب المستقل البناء في استمارة التفاعل .

ارتفاع معدل التفاعل واللعب البناء المستقل في استمارة التفاعل الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية.

دراسة سها أحمد أمين (٢٠٠١) :

بعنوان " مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديون ".

هدف الدراسة : البرنامج العلاجي مخطط يستند على مبادئ وفنيات علاجية متعددة يتضمن مجموعة من الأنشطة والألعاب والممارسات اليومية ، وذلك من أجل تقديم خدمات علاجية للطفل التوحدى ، بهدف تنمية مهارات الاتصال اللغوي ، وهو برنامج يرتكز على العلاج السلوكي ، والعلاج بالموسيقى ، والعلاج بالفن ، والعلاج باللعب .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طفلا كعينة استطلاعية(١٠) أطفال كعينة تجريبية(٨ ذكور، ٢ إناث) ، تتراوح أعمارهم مابين (٨-١٢) سنة درجة الذكاء من(٥٠-٧٠).

نتائج الدراسة : أظهرت النتائج تحسنا في درجة الاتصال اللغوي لأطفال العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ، واحتلت مهارة التقليد ، والتعرف والفهم والانتباه المراكز الأولى في تنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة.

دراسة روفمان وآخرون Rufiman et al **(٢٠٠١) :**

بعنوان " الفهم الاجتماعي لدى التوحديون : نظرة العين كمقياس للإدراكات الجوهرية" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى فحص ما إذا كان المقياس السلوكي لنظرة العين أفضل في تمييز الأطفال ذوى اضطراب التوحد عن مجموعة الأطفال ذوى صعوبة التعلم المتوسطة ، وما إذا كان فهم الأطفال ذوى اضطراب التوحد يتوسط بصورة لفظية من الناحية الأولية .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٢٨) طفلاً من ذوى اضطراب التوحد ٢٣ طفلا من ذوى صعوبة التعلم المتوسطة.

نتائج الدراسة : توصلت النتائج إلى أن نظرة العين أفضل من الأداء اللفظي في تمييز الأطفال ذوى اضطراب التوحد عن الأطفال ذوى صعوبة التعلم المتوسطة فالأطفال ذوو التوحد لا ينظرون إلى الموقع الصحيح في توقع عودة شخصية القصة في المهام الاجتماعية ولكنهم ينظرون إلى الموقع الصحيح في المهمة غير الاجتماعية المحتملة.

دراسة مورى ، س (Mori,S(2001 :

بعنوان " دور الخبرة بهدف ذاتي في علاج طفل توحدى : من الرقود على الأرض إلى التحليق في الفضاء ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تحقيق اندماج الطفل مع العالم الواقعي من خلال المعالجة باعتبارها أم حانية تستطيع أن تخرجه رويدًا رويداً من عزلته.

عينة الدراسة : تمثلت عينة الدراسة في طفل ياباني يسمى (Moto) عمره في بداية العلاج أربع سنوات ، وامتدت الدراسة إلى سبع سنوات.

نتائج الدراسة : بعد مرور فترة العلاج ظهر التحسن التدريجي على الطفل حيث كان شغوفاً بالذهاب إلى المدرسة ، وقلت سلوكياته النمطية وعدوانيته ، كما زاد تواصله مع الآخرين ، وخروجه من عزلته ، وتطورت حالته إلى الأفضل.

دراسة عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) :

بعنوان " خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد (الأوتيسية) على استخبار ايزنك لشخصية الأطفال ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التعرف على خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحد على استخبار (ايزنك) لشخصية الأطفال ، خاصة في ضوء ما تعانيه العيادات المصرية من قصور واضح – من وجهة نظر الباحث – في أساليب تشخيص هذا الاضطراب فضلا عن أن مشكلة الأطفال المصابين بالتوحد ، أنهم قد يشخصوا على أنهم أطفال مصابون بالتخلف العقلي.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من مجموعتين (١) مجموعة الأطفال المصابين بالتوحد ، عددهم (٢٥) طفلاً ، متوسط أعمارهم مابين (٢-٦) سنة (٢) مجموعة الأطفال الأسوياء، عددهم (٢٥) طفلاً،متوسط أعمارهم مابين (٢-٦) سنة.

نتائج الدراسة : أوضحت الدراسة أن الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية من الأطفال المصابين بالتوحد ، وكان الأطفال المصابين بالتوحد عصابين عند مقارنتهم بالأسوياء . وكان هذا معناه أن نعتبرهم أطفال شديدي الانطوائية نتيجة لاضطرابهم ، ومن ثم فإن النتائج تصف الأطفال المصابين بالتوحد بأنهم أكثر انطوائية من أقرانهم الأسوياء كنتيجة لخصائص الاضطراب.

دراسة لوف ستيفن (Love,Steven,1994) :

بعنوان " إدراك وإظهار التعبيرات الوجهية من جانب الأطفال التوحديون ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى إظهار التعبيرات الوجهية لدى الأطفال المصابون بالتوحد.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات من الأطفال الذكور تتراوح أعمارهم ما بين (٨-١٥) سنة ، وهم مجموعة من الأطفال التوحديون ومجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً ، ومجموعة من الأطفال العاديين . وتمثلت الأدوات في مجموعة من التسجيلات الصوتية والمرئية تتضمن عواطف : السعادة – الحزن – الغضب – التقديس ، وقد اشتملت التسجيلات السمعية على المحتويات اللفظية ، وكان طول المادة اللفظية في التسلل العاطفي محدود بين (٤-١٠) كلمات.

نتائج الدراسة :أوضحت نتائج الدراسة صعوبة إظهار الأطفال التوحديون للتعبيرات العاطفية الوجهية ، أما العاديين فقد أنجزوا تلك المهمة بنجاح ، وكان لدى المتخلفين عقلياً صعوبة في إظهار التعبيرات الوجهية ، ولكن بدرجة أقل من الأطفال التوحديون.

دراسة حسنى إحسان حلواني (١٩٩٦) :

بعنوان " المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى اضطراب التوحد من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التوصل لتشخيص فارق للأطفال التوحديون قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً والأسوياء من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية وقوائم الملاحظة.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٢٧) طفلاً ، تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٥) سنة وأيضاً (٢٧) طفلاً من المتخلفين عقلياً بمدينة جدة ، تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٣) سنة ، وتضمنت (٢٧) طفلاً من الأسوياء ، تتراوح أعمارهم بين (٦-٨) سنوات.

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة على أن الأطفال التوحديون هم أكثر الأطفال في المجموعات الثلاثة انخفاضاً في مهاراتهم الاجتماعية ،بالإضافة إلى أن قدراتهم اللفظية تعد منخفضة.

دراسة ايلين ، شونزرتز : Schwartz, Ilene-s(1999) :

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تقييم ثلاثة حالات أطفال توحديون تلقوا خدمات تعليمية خاصة في مدرسة حكومية تطبق نظام الدمج في برنامج الطفولة المبكرة خلال سنوات ما قبل المدرسة.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من الوثائق والسجلات كمصدر للبيانات لاختبار الوظائف لدى العينة الثلاثة (وظائف الإدراك- السلوك الاجتماعي) من عمر (٤-٧) سنوات.

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن نتيجة إيجابية في الوظائف محل الدراسة كما حدث تقدم أكاديمي ، ودخل الثلاثة أطفال المدرسة الابتدائية وأستمر النجاح ، وخرج واحد منهم من التعليم الخاص ، وأشار الباحثون إلى أن هناك العديد من الطرق والوسائل التي تحقق نتائج إيجابية مع صغار الأطفال التوحديون.

دراسة سها عليوة (١٩٩٩) :

بعنوان "فعالية كل من برنامج إرشادي ، وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض التوحد".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامجين إحداهما لتنمية المهارات الاجتماعية ، والثاني يعتمد على إرشاد وتوجيه أسر أطفال التوحديون ، وذلك لتخفيف أعراض اضطراب التوحد ومن هذه الأعراض القصور في الانتباه والتفاعل الاجتماعي .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من(١٦) طفلاً وطفلةً ذو اضطراب توحدي منهم (١١) من الذكور ، (٥) من الإناث بمتوسط عمري ما بين (٨-١٠) سنوات ومتوسط ذكاء ما بين (٨١-٥٨) .

نتائج الدراسة : توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية برنامج الدراسة المهارات الاجتماعية - الإرشاد الأسرى في تخفيف حدة أعراض اضطراب التوحد.

دراسة هـ ، فليوبرج: Fluberg,H (٢٠٠١) :

بعنوان " أثر لغة الأطفال التوحديون من الناحية النفسية على سلوكهم".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى المقارنة بين مجموعة من الأطفال التوحديون ، ومجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً من ذوى زملة داون ، وذلك في مجموعة أبعاد تضمنت التفاعلات الاجتماعية ".

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٦) أطفال توحديون ،(٦) أطفال متخلفين عقلياً ، تتراوح أعمارهم ما بين (٤-٧) سنوات .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالةً إحصائية بين المجموعتين ، حيث كان الأطفال التوحديون يستخدمون كلمات أقل لجذب الانتباه ، والتعبير عن العمليات الإدراكية والانفعالية مما يجعلهم أكثر انسحابا من المواقف التي تتسم بالتفاعل الاجتماعي، وذلك بالمقارنة بأقرانهم من التخلفين عقلياً .

المحور الثالث: دراسات تناولت العلاج والعلاج بالفن للأطفال التوحديين

دراسة (Kanareff Rita Lain,2002)

بعنوان " برنامج علاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية والتقليل من الأعراض المتلازمة لدى الأطفال التوحديون" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى الكشف عن أثر استخدام العلاج بالفن لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديون .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال من منطقة الغرب الأوسط لأمريكا وتم تقسيم المجموعات إلى قسمين (٣) أطفال مستويات مختلفة من التوحد أما الطفل الرابع لديه مجموعة من أعراض متلازمة .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال التوحديون أظهروا تحسن في مهاراتهم الاجتماعية وتطور في علاقتهم بالمجتمع وذلك نتيجة لبرنامج العلاج بالفن الذي كان يتم من خلال مرتين في الأسبوع لهؤلاء الأطفال.

دراسة فهد بن سليمان الفهيد (٢٠٠٧) :

بعنوان " دور العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل ذوى إصابات العمود الفقري في مدينة الملك فهد الطبية" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى توضيح الدور الذي يقوم به العلاج بالفن في تأهيل ذوى إصابات العمود الفقري من خلال الرسم والتصوير والتشكيل المجسم والخيال الموجه والصور الذهنية والعلاج الترويحي الفني ، وكذلك عرض بعض إستراتيجيات العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل ذوى إصابات العمود الفقري وكذلك كشف المشكلات الانفعالية التي يعانى منها المصابون بأمراض العمود الفقري من خلال العينة وكيفية التعامل معها بالفن التشكيلي .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات من المصابين بالعمود الفقري تمت متابعتها بمستشفي التأهيل الطبي.

نتائج الدراسة : عرض الباحث من خلال النتائج الإستراتيجية التي تستخدم في وحدة العلاج بالفن ، وذكر عدد من التوصيات أهمها القيام بدراسة مماثلة موسعة من حيث عدد العينة لتكشف الإستراتيجيات المستعملة في مجال العلاج بالفن التشكيلي

دراسة (١٩٩١) Karnerick Thelamz :

بعنوان "برنامج علاجي بالفن لطفل توحدي" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تحسين مستوى الاتصال عند الطفل ومستوى القلق وزيادة إقباله على النشاطات والحياة الاجتماعية ، وتحسين مستوى تقديره لذاته ، وتحسين قدرته على التآزر الحركي البصري .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة إلى أنه بعد ثلاثة أشهر من العلاج بالفن تناقصت حدة غضب الطفل وتوتره بوضوح ، حيث زودته العملية الفنية بوسائل لبناء علاقات مستقرة مع المعالجة ، وأيضاً تخلص من الخبط العشوائي لذراعيه ويديه ببعضهما ، وإقلاعه عن إحداث أصوات غريبة ، وتحسن اتصاله بمن حوله ، كما أثبتت برامج العلاج بالفن فعاليتها للطفل من خلال تنمية مهاراته في استخدام الأدوات الفنية ، وتمكينه من التعبير عن العلم الداخلي وبيئته المحيطة وعن أشياء لم يكن يستطيع التعبير عنها بالكلام.

دراسة (Hawie et al, 2002) :

بعنوان " إطلاق الصور المحاصرة : الأطفال يُصرعون وقع هجمات ١١ سبتمبر" هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى منح الأطفال الذين فقدوا أحد أفراد أسرتهم في أحداث الحادي عشر من سبتمبر ، بيئة مدعمة وفرصة ليعبروا عن هذا الحدث بالطرق الفنية.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من أطفال تراوحت أعمارهم ما بين سن الطفولة والمراهقة.

أدوات الدراسة : تولت هيئة الخدمات النفسية للأطفال والمراهقين مهمة تقديم الخدمات لهم ، وكانت مجموعة العلاج بالفن ذات نهايات مفتوحة وبدون تقديم موضوعات محددة.

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة على أن العلاج بالفن ساعد الأطفال والمعالجين على توفير بيئة آمنه يستطيعون فيها توضيح مخاوفهم واهتماماتهم وذلك عن طريق الأعمال الفنية التي قاموا بعملها أثناء عملية العلاج بالفن . فأظهر بعض الأطفال تخيل وتنفيذ أبطال منقذين ، والبعض الآخر وجه العزاء والسلوان بينما أظهر البعض منهم مخاوفهم ولم يستطيعوا إلى الذهاب إلى أبعد من ذلك .

دراسة فالنتينا وديع الصايغ (٢٠٠١) :

بعنوان "فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة من سن ٩- ١٢ سنة".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى الكشف عن مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال الصم ، والكشف عن مدى فاعلية برنامج من الأنشطة الفنية الفردية والجماعية لتخفيض حدة السلوك العدواني لدى الصم .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٤٠) طالب وطالبة من الأطفال الصم الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٩- ١٢ سنة من مدرسة الأمل بالمطرية ، وفي مستوى ذكاء متوسط .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن أهمية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني للأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة .

دراسة عوض بن مبارك اليامى (٢٠٠٤) :

بعنوان "الأشكال البصرية والعلاج النفسي : نحو علاج معرفي سلوكي بالفن التشكيلي"

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى توضيح دور الفن في العلاج وتوضيح الأساليب الحديثة المختلفة التي ابتدعت في ميدان العلاج بالفن وأيضاً تأكيد الحاجة إلى العلاج بالفن في بيئاتنا المحلية وتوضيح عملي تجريبي لكيفية العلاج بالفن من خلال عرض لحالتين.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من حالتين قام بمتابعتهما في عيادته الخاصة .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة على إن العلاج بالفن لا يقتصر على الأساليب الإسقاطية ، بل من الممكن الاستفادة من الأشكال البصرية حتى في منأى عن التحليلات السيكودينامية للرموز الفنية وتبعاً لذلك اقترنت النظرية المعرفية السلوكية في العلاج النفسي بالعلاج بالفن التشكيلي.

دراسة حنان حسن نشأت (١٩٩٤) :

بعنوان" أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية من مرضى التخلف العقلي" .

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تعديل المظاهر السلوكية لدى الأطفال ذو التخلف العقلي وذلك باستخدام الفن التشكيلي.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من ٢٥ طفلاً ذكور وإناث من مدارس النصر ، ومدرسة الرعاية الفكرية ، ومدرسة التربية الفكرية ، وتراوحت أعمارهم ما بين ٦- ١٥ سنة ، ومستوى ذكاء ما بين ٣٥- ٧٠ درجة.

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن حدوث تعديل في السلوك وتوجيه العدوان إلى مواقف أخرى تسمح بظهوره ولكن بطريقة لا عدوانية.

دراسة سحر حلمي غانم (٢٠٠٤) :

بعنوان "دراسة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي".

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٢٠) تلميذاً وتلميذةً تتراوح أعمارهم ما بين ٨- ١٠ سنوات ممن يعانون من المخاوف المرضية.

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تصميم وتطبيق برنامج للعلاج بالفن لعلاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي من الجنسين (ذكوراً وإناثاً) ، وكذلك الكشف عن مدى استمرارية تأثير البرنامج خلال فترة متابعة مدتها ٣ أشهر على الأقل من انتهاء البرنامج العلاجي.

نتائج الدراسة :أسفرت نتائج الدراسة عن تحقيق فروض الدراسة ، وتمت مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

دراسة (٢٠٠١) Kozlowska Hanny :

بعنوان " العلاج بالفن الجماعي مع الأطفال المصابين بالصدمة نتيجة للعنف وانفصال الوالدين"

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى علاج (٥) من الأطفال لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وذلك باستخدام العلاج بالفن الجماعي كما كان هؤلاء الأطفال يعانون من مشاكل مرتبطة بالصدمة.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٥) من الأطفال لديهم أعراض ضغوط ما بعد الصدمة ، تتراوح أعمارهم ما بين ٤- ٨ سنوات.

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة على أن استخدام العلاج بالفن قد سهل تعرض الأطفال لسبب الصدمة بأسلوب أقل مباشرة وسمح في التقليل من حدة القلق والأحاسيس الجسدية.

دراسة (Henley – David –R ,2002) :

بعنوان " نعم في التذكر : تعبير اصطلاحي كمؤثر في مجموعة العلاج بالفن عند الأطفال التوحديون"

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى استخدام التعبير الاصطلاحي في مجموعة العلاج بالفن لتحديد القضايا التي يمكن علاجها.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٧) أطفال في مستوى عمر (٨) سنوات لديهم اضطراب توحد وزيادة في النشاط وتشتت في الانتباه .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ في العلاقات الأسرية بين هؤلاء الأطفال وبين أسرهم.

دراسة (emery MelindaJ ,2004) :

بعنوان " العلاج بالفن للأطفال التوحديين"

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تنمية قدرات الأطفال التوحديين على التواصل من خلال مناقشة رسوماتهم .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من طفل واحد يبلغ (٦) سنوات مصاب بمرض التوحد .

نتائج الدراسة : أسفرت نتائج الدراسة إلى زيادة قدرات الطفل على التواصل من خلال تقدمه في الرسم الذي عبر من خلاله عن تقدم في أوضاع الثبات لديه.

دراسة (Marten – Necol, 2008) :

بعنوان " تقييم الوحدات المرسومة التي أنتجها الأطفال التوحديون" .

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى إمكانية العلاج بالفن لتنمية معالجة الانعزالية لدى الأطفال التوحديون من خلال رسوماتهم .

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (٢٥) طفلاً من المصابين بالتوحد (١٥) طفلاً من المصابين باضطراب عصابي قاموا جميعاً برسم لوحات.

نتائج الدراسة : أسفرت النتائج على أن الأطفال التوحديون كانوا أكثر مشاركة وتخاطب بالعلاج بالفن عن نظرائهم الذين يعانون من اضطرابات عصابية مما يتناقض مع توصيفهم بالانعزالية ، فكان استخدام الرسم بناء ناجح ووسيلة للدخول في علاقات تحمل في طياتها إمكانية العلاج بالفن لتنمية معالجة الانعزالية لدى الأطفال التوحديون.

دراسة (Gabrrelis,Robinl,2003) :

بعنوان " العلاج بالفن للأطفال التوحديون وعائلاتهم ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى توضيح دور العلاج بالفن في مساعدة الأطفال التوحديون على النمو والتطور ، واكتساب وتعميم المهارات الأساسية التي يحتاجونها لمرحلة ما قبل المدرسة وأهمها مهارة الرسم .

وينبثق هذا الدور من الطبيعة الحسية لأدوات التربية الفنية التي تجذب انتباه الأطفال التوحديون ، وتحفزهم على المشاركة مع الآخرين ، وتقوم خطة العلاج بالفن على استغلال هذه الميزة للفن في تنمية المهارات الأساسية للطفل التوحدي ، ثم استخدام الأنشطة الفنية لتحسين وتقوية تفاعلات اجتماعية ذات هدف للأطفال التوحديون مع أقرانهم ، كما أن الأنشطة الجماعية للعلاج بالفن توفر مجالاً للمناقشة بين الوالدين والأقارب من جهة والطفل التوحدي من جهة أخرى لدعم كل منهم الآخر للوصول إلى أفضل صيغة للتعامل مع الطفل التوحدي .

المحور الرابع (أ) : دراسات تناولت علاج اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين

دراسة ليبست وآخرون (Lebist,et., al., 2003) :

بعنوان " التعرف على طبيعة الكلام والصوت وضعف الاستماع الانتقائي لدى الأطفال التوحديين" .

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى معرفة الكلام والصوت وضعف الاستماع الانتقائي لدى عينة من الأطفال التوحديين تكونت من (٩) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم بين (٥ – ٨) سنوات والذين يظهرون بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسبة وقصور عام في الانتباه واللغة المنطوقة ، واستخدمت الدراسة مجموعة من حوادث متعلقة بالجهد العقلي لفحص حساسية وتقدم الانتباه البكر لأطفال التوحد للأصوات.

وكذلك فحص تقليدهم لنغمات سمعية بسيطة ، ونغمات سمعية معقدة ، فقد تم عرض مجموعة من الأصوات المتتالية والمتكررة بدءاً بالنغمات البسيطة فالمعقدة على عينة الدراسة ، حيث طلب منهم تمييز التغيرات الطارئة في الصوت ، ومحاولة تقليدها لفظياً ، وذلك بفهمهم للأوامر وتنفيذها ، إلا أن الدراسة أشارت إلى عجز أطفال التوحد في تمييز نغمات الصوت وما حدث لها من تغيير ، وقد أرجع الباحثون هذا العجز القصور في مهارة الانتباه والاستماع لديهم ، بالإضافة إلى عجزهم عن فهم الأمر.

دراسة أياد نايف نمر (٢٠٠٥) :

بعنوان فعالية استخدام مشروع ماكتون في تطوير المفردات اللغوية (المرحلة الأولى) لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من التوحد في مدينة عمان".

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى قياس مدى فعالية استخدام مشروع (ماكتون) في تطوير المفردات اللغوية (المرحلة الأولى) لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من التوحد في مدينة عمان وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة وتألفت كل منهما من (١٠) أطفال يعانون من التوحد وتتراوح أعمارهم مابين (٨ – ١٦) سنة وطبق عيهم مقياس الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدى كاختبار قبلي وبعدى .

وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في مهارات الاتصال اللغوي لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق مشروع ماكتون في تطوير المفردات اللغوية (المرحلة الأولى) وبعده ، وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية .

دراسة كارمالى وآخرون (Karmali,Et al ,2000) :

بعنوان " اختزال الترددية والنكسة المرضية بتدريس الحساسية الانفعالية للأطفال التوحديين".

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية أثر استخدام تدريس فعاليات الحساسية في تخفيض الترددية والنكسة المرضية الشفوية لأربعة أطفال توحديين وتم إجراء تجربتين إحداهما تجربة مرشدة تؤدى إلى الحاجة للحصول على بيانات أكثر عن المشاركين بالإضافة إلى تحديد ما إذا كانت النتيجة مكررة.

وكان الغرض من كلى التجربتين هو اختبار تأثير تدريس عوامل الحساسية العارضة على إصدار نماذج الانحراف الترددية وإحلال الترددية بالكلام المفيد وتم توجيه تعميم السلوك الشفهي الملائم لفئة أخرى وفي التجربة الأولى شارك فيها طفل توحدي عمره أربع سنوات عبر عن ترددات عالية للنكسة المرضية ، وتكونت التجربة الثانية من ثلاثة أطفال توحديين عبروا عن ترديد الكلام بطريقة غير ملائمة للموقف وتم تسجيل سلوك الأطفال بواسطة المعلم ، وتراوحت المدة في كل جلسة بين (١٠ - ٢٠) دقيقة وتم وضع السلوك الشفهي الملائم في الاعتبار وإهماله النكسة المرضية من خلال الدورات التدريبية أظهرت نتائج هذه الدراسة حدوث انخفاض في السلوك المرضى وزيادة الترددية الملائمة والسلوك الشفهي الملائم.

دراسة تالول وآخرون (Tallol.p et al., 1998) :

بعنوان " العجز في تعليم اللغة وكيفية علاجه لدى الأطفال التوحديين"

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التعرف على طبيعة العجز في تعلم اللغة وكيفية علاجه لدى الأطفال التوحديين ، وأشار الباحث بأن المؤشرات الضرورية في الموجات الصوتية للحديث الخاصة بإيقاف أو استمرار المحادثة تقدم لنا معلومات هامة للتعرف على كيفية عمل وقفات مناسبة في إشارات الحديث المستمر وان معدلات الإدراك المؤقت هي السبب الرئيسي في عمل وقفات أو تقطيع في المحادثة مما ينتج عنه قصوراً واضحاً ومحدداً في تعليم اللغة كما أن العجز أو القصور في العمليات الصدغية يكون أكثر ارتباطاً بظهور فروق واضحة في معدلات الصوت والمحادثة ، كما أشارت دراسات رسم الخلايا الأحادية الكهرو فسيولوجية للقشرة الحسية بالمخ بأنه يمكن تعديل الدوائر العصبية بعد إجراء تدريب على الإدراك المؤقت ، وتم دمج هذين الاتجاهين للبحث عما يمكن تعديله في القصور الرئيسي لتعليم اللغة عن طريق عمل تدريب تكيفي يهدف إلى خفض عتبات الإحساس المتكاملة الصدغية ، وفي نفس الوقت تم تطوير برنامج كمبيوتر لتوسع وتعزيز الوقفات الصوتية المتغيرة والمختصرة بسرعة في الحديث المتصل وذلك بإجراء تدريبات تخاطبيه ولغوية مكثفة لأطفال التوحد وقد أشارت النتائج إلى حدوث تحسن كبير في عتبات الإحساس المتكاملة الصدغية ، كما حدث تحسن في القدرة على استيعاب أو فهم اللغة والمحادثة عند الأطفال ذوى العجز الرئيسي في تعلم اللغة.

دراسة رامبيرج وآخرون Ramberg-c, Et al, 1996 :

بعنوان " اضطراب اللغة والوظائف النمطية لدى الأطفال التوحديين في سن المدرسة

هدف الدراسة :تهدف الدراسة إلى معرفة الفروق الجماعية في اللغة والوظائف النمطية لمجموعة من الأطفال التوحديين ومرضى اسبيرجر ومضطربي الانتباه والإدراك والكلام واللغة ، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى معرفة أهم الاختلافات في مجالات المفردات ، والفهم ، والنمطية في التفكير ، وهل يمكن فصل أطفال اسبيرجر عن التوحدية المرتفعة بناءً على المتغيرات السابقة ، وتكونت عينة الدراسة من (١١) طفلاً توحدياً و (١١) طفلاً اسبيرجر ،(١١) طفلاً يعانون من قصور في الانتباه والإدراك والسيطرة الحركية وتوصلت الدراسة إلى أن أطفال متلازمة اسبيرجر يظهرون تفوقاً في المقياس اللفظي للذكاء عن الأطفال ذوى التوحدية المرتفعة ، كما أشارت الدراسة إلى أنه يمكن فصل كلاً من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في الكلام واللغة عن الذين يعانون من زملة اسبيرجر والتوحدية .

دراسة سوليفان ميخائيل Sulivan,Michelle,2002 :

بعنوان " التكرار اللاإرادي للكلام كوظيفة اتصالية في الأطفال التوحديين تقييم ومعالجة ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى معالجة التكرار الآلي للكلام في الأطفال التوحديين وإحلاله بسلوك اتصالي ملائم ، وأشارت الدراسة إلى أن ٧٥% من الأطفال التوحديين الشفويين يظهرون التكرار غير الملائم لكلام الآخرين ، وتمثل لهم مشكلة لأنها تعوق التعليم وتمنع جذب سلوك الآخرين ، وقد ركزت هذه الدراسة على ضرورة اختزال أو استبعاد الترددية في هؤلاء الأطفال من خلال طريقة علاجية تعتمد على استخدام إجراءات التحليل الوظيفي للسلوك الترددي وإحلاله بسلوك اتصالي ملائم يخدم نفس الوظيفة الاتصالية ، وتكونت عينة الدراسة من ٥ أطفال توحديين مما يعانون من التكرار الآلي للكلام.

وأشارت الدراسة إلى:

أن هناك فروقاً فردية في طريقة كلام الأطفال التوحديين مما يدعو إلى الحاجة إلى التحليل الوظيفي لهذا السلوك كوسيلة للاتصال لكل طفل.

قد تعلم هؤلاء الأطفال أن يسألوا تلقائياً عندما يتحدث الآخرون أمامهم .

تم مناقشة استنتاجات أهمية الوظائف الاتصالية من وراء الترديد اللاإرادي لكلام الآخرين أو الايكولييا .

دراسة جولتربيلى Goletree B,1995 :

بعنوان " المعالجة اللغوية المبتكرة للطفل التوحدي".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى إجراء جلسات علاجية مبتكرة مصممة بطريقة علمية لتسهيل النمو اللغوي واكتساب مهارات لغوية وكانت عينة الدراسة مكونة من (٥) أطفال توحديين يبلغون من العمر (٥) أعوام .

وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع مستوى دلالة الألفاظ لدى الأطفال التوحديين وازدادت الإشارات والإيماءات مع نظرة بها حملقة وتجاوب بين الطرفين .

دراسة وليمسن Willemsen.s 1997 :

بعنوان " الاضطراب اللغوي الذي يظهر من خلال مواقف التفاعل في ضوء المقارنة بين مجموعة من الأطفال التوحديين وذوى الإعاقات الارتقائية والأسوياء . دراسة حالة لأثنين من الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى مقارنة اللغة ومدى فاعليتها في التفاعل الذي يتم بين الأطفال والمحيطين بهم سواء كانوا أطفالاً توحديين أم لديهم إعاقات ارتقائية أو أسوياء ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأطفال التوحديين ذوى الإعاقات الارتقائية ومجموعة من الأسوياء والمرحلة العمرية واحدة ، وأشارت النتائج أن الأطفال التوحديين بالرغم من القصور اللغوي عندهم فهم يظهرون اللعب مع المدرسين والوالدين في بعض الأوقات . كذلك أن اللعب عندهم يفتقد إلى الروح الاجتماعية واستخدموا اللغة المنطوقة.

دراسة ماك ارثر Mc, Arthur,1996 :

بعنوان "ربط الانتباه في الأطفال غير اللفظيين : التوحدية واضطرابات اللغة الشفوية

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى وصف الانتباه الوصلى لمجموعة من الأطفال التوحديين ومجموعة أخرى من الأطفال ذوى الخلل اللغوي ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال التوحديين كانوا أقل اشتراكاً في الانتباه مع البالغين عن غيرهم من ذوى الخلل اللغوي التطوري ، كما أكدت على أن الأطفال التوحديين أشرفوا على قناة الاتصال مع البالغين بنسبة ٣٧% أقل من الأطفال ذوى الخلل اللغوي التطوري ، كما أكدت الدراسة على ضرورة مراعاة مشكلة عدم الانتباه عند الأطفال التوحديين أثناء وضع البرنامج العلاجي

دراسة كارول بوتر Carol,Poter,1999 :

بعنوان " أسلوب الكلام القليل للأطفال التوحديين الذين يتكلمون قليلاً أو لا يتكلمون"

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى الكشف عن طرق الاتصال التلقائي لبعض الأطفال التوحديين ومعرفة دور البيئة ومدى تأثيرها على طريقة كلام الطفل التوحدي ، وتكونت عينة الدراسة من (١٨) طفل توحدي تتراوح أعمارهم بين (٤- ١٢) سنة ، يعانون من توحدية شديدة مصحوبة بوجود كلام قليل أو معدومي الكلام ، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

وضع طريقة أو أسلوب جديد للتواصل مع الأطفال التوحديين ألا وهو تقليل نسبة الكلام الموجه لهؤلاء الأطفال .

أظهرت عينة الدراسة استجابات ملحوظة للتفاعل مع الآخرين من خلال تدريبهم بهذه الطريقة .

حقق أسلوب تقليل الكلام الموجه للأطفال التوحديين النتائج الآتية :

يساعدهم على فهم الكلمات المفردة باستعداد أكثر .

تسهيل اشتراك هؤلاء الأطفال داخل بيئتهم الاجتماعية .

دراسة لورانس وآخرون Lawrence D. Et al ,2001 :

بعنوان " خصائص الكلام وعلم العروض لدى المراهقين والبالغين ذوى أعراض اسبيرجر والأوتيزم"

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى المقارنة بين بروفيلات الصوت والكلام لدى كلا من ذوى الأوتيزم وأعراض اسبيرجر وتكونت عينة الدراسة من ٣٠ أنثى من المتحدثين ذوى الاختلال الوظيفي المرتفع الذين يعانون من الأوتيزم وأعراض اسبيرجر ، ٥٣ من الإناث العاديين ، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن كلا المجموعتين لديهم بقايا اضطرابات وأخطاء في النطق وتعبيرات مشفرة غير ملائمة للعبارات والجمل والنبرة والرنين .

دراسة ستورات مارلين Stwart Marilyn,2002 :

بعنوان " معالجة اللغة التفاضلية في الأطفال التوحديين : استقصاء تاريخي"

هدف الدراسة : تهدف هذه الدراسة إلى فحص الاختبارات التعبيرية واختبار المفردات على الطبعة الرابعة لمقياس(ستانفورد بينيه) لذكاء الأطفال وبينت أنه لتحديد ماذا كان الأطفال التوحديين يظهرون نموذج لتنمية اللغة والتي تتميز عن تلك اللغة التي وجدت في الأطفال مضطربي اللغة ، ثم تحليل البيانات التي حصل عليها من ٧٥ ملف لأطفال توحديين مضطربي اللغة وأظهرت الدراسة أن هؤلاء الأطفال كانوا مميزين عن الأطفال ذوى الاضطراب اللغوي التنموي والتخلف العقلي حيث تأثرت اللغة لديهم

دراسة هادين وبارون كوهين Haduioon. Baron Cohen,1997 :

بعنوان " هل النظرية التدريسية الذهنية ذات تأثير على قدرة أو تحسين أو تنمية المحادثة لدى الأطفال الذين يعانون من االتوحدية"

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى : اختبار أثر التدريس للأطفال التوحديين في اختبار مهام تعتمد إلى تقييم الفهم للحالة الذهنية ذوى أثار ايجابية على التواصل والبحث في مجالين مهمين وهما : القدرة على التحدث ، والقدرة على تطوير نطاق المحادثة واستخدام مصطلحات الحالة الذهنية في الكلام وتوصلت الدراسة إلى أنه لم يظهر تحسن ملحوظ في أي قياس خاص بناحية أثر التدريس على الحالة الذهنية بينما حدث تغيير في مهارات الاتصال الخاصة بمجال التحدث بعض الشيء بعد إتباع طرق متخصصة في التدريس لهؤلاء الأطفال.

المحور الرابع (ب) : (دراسات تناولت استخدام العلاج باللعب في تخفيف اضطراب اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين وتنمية اللغة والتواصل بينهم

دراسة رفاه جمال لمفون (٢٠١٠):

بعنوان "تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينه من ذوى اضطراب التوحد".

هدف الدراسة : تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لذوى اضطراب التوحد .

وتكونت عينة الدراسة من اثنين من ذوى اضطراب التوحد تمتد أعمارهم بين ١٣ – ١٤ سنة واستخدمت الباحثة في دراستها مقياس تقدير الاتصال اللغوي للطفل التوحدي من إعداد سها أمين نصر (٢٠٠٢) ، وقامت بإعداد برنامج مدته ١٢ أسبوع وتم تطبيقه في ٣٦ جلسة ، وتوصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق بين متوسط درجات القياس القبلي و البعدي للحالة (ع) في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية كما تقيسها قائمة تقدير التواصل اللغوي المستخدمة في الدراسة ترجع إلى البرنامج المستخدم ، وتوصلت الدراسة كذلك إلى أنه لا توجد فروق بين متوسط درجات القياس القبلي و البعدي للحالة (ع) على درجات المجموع الكلى في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية ، ولا توجد فروق بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للحالة (ص) في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية كما تقيسها قائمة تقدير التواصل اللغوي المستخدمة ، الدراسة ترجع إلى البرنامج المستخدم ولا توجد فروق بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للحالة (ص) على درجات المجموع الكلى في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية .

دراسة وارين وآخرون Warreyn et al ,2005 :

بعنوان " تأثير التدخل المبكر من خلال اللعب مع أطفال التوحد وتنمية اللغة"

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى الكشف عن أثر التدخل المبكر عن طريق اللعب في سن من (٣ - ٦) سنوات لأمهات أطفال التوحد ، وتم مقارنة مجموعتين من حالات التوحد المتجانسة في العمر ومعدل الذكاء حيث بلغ أفراد العينة في كل من المجموعتين (٢٠) طفلاً وتمت مقارنة أسلوب مشاركة الأم مع طفلها في اللعب ، وبمقارنة النتائج أظهرت المجموعة الأولى والتي شاركت فيها الأم طفلها اللعب قدرة على التقليد والتفاعل الاجتماعي ، وهذه النتائج أكدت على الفرض المحدد والذي يؤكد على أن التدخل المبكر مع حالات التوحد يطور من مسار الحالة ويؤكد على فاعلية دور الأم .

دراسة ليف جاستن وآخرون *Leaf,Justin et al. 2009*:

بعنوان" زيادة المهارات الاجتماعية والسلوك الاجتماعي الإيجابي لثلاثة أطفال مصابين بالاضطراب الذاتوي من خلال مشاركة جماعة الإقران".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تقديم برنامج يقوم على اللعب والتعزيز لتعليم ثلاثة أطفال ذاتويين لمهارات اللعب والمبادأة الإجتماعية والمهارات اللغوية والمهارات الانفعالية وتكوين الصداقات من خلال اشتراكهم مع أقرانهم العاديين وبلغت عينة الدراسة ثلاثة أطفال ذاتويين يتراوح عمرهم بين (٥-٧) سنوات ويتراوح معامل ذكائهم بين ٥٥-٨٣ بالإضافة إلى ثلاثة أطفال عاديين من فصول رياض الأطفال ، وأسفرت النتائج إلى أهمية مشاركة الأقران العاديين في تحقيق المبادأة باللعب مع الأطفال الصغار المصابين بالذاتوية، وتحسين المهارات اللفظية أثناء اللعب ، وتكوين الصداقات ولوحظ بشكل كبير تغيرات إيجابية لدى جماعة الرفاق مما يوضح فعاليتها لدى الأطفال الذاتويين وأقرانهم العاديين.

دراسة شوى Choi,2000 **:**

بعنوان " التعرف على تأثير أنشطة اللعب في تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين وذلك عن طريق طفل عادى يشارك طفل توحدي في مجموعة من الألعاب وذلك اعتمادا على توجيهات مدرس الفصل ، وتكونت عينة الأطفال التوحديين من (٥) أطفال تراوحت أعمارهم بين (٤- ٦) سنوات بينما تكونت عينة الأطفال العاديين المشاركين في اللعب من (١١) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (٤-٧) سنوات ، وقد أشارت أهم النتائج إلى التأثير الإيجابي للعب على تنمية التواصل لدى الأطفال التوحديين ، حيث أظهر هؤلاء الأطفال بعد تطبيق البرنامج زيادة التواصل مع شريك اللعب وتحسين مستوى التواصل البصري لديهم .

دراسة محمد جواد الحاضر (٢٠٠٨) :

بعنوان " فعالية برنامج تدريبى باستخدام اللعب لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لعينة من الأطفال التوحديين ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التعرف على طبيعة ومستوى مهارات التفاعل الاجتماعي لعينة من الأطفال الذاتويين ، وتصميم برنامج تدريبي باستخدام أنواع مختلفة من اللعب والأنشطة لتنمية بعض مهارات التفاعل الاجتماعي لديهم.

عينة الدراسة : تكونت العينة من ١٠ أطفال ذاتويين ذكور ، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين ومتجانستين (٥ تجريبية ، ٥ ضابطة) ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٩ – ١٢) سنة ، كما تراوحت درجة التوحد لديهم مابين ٣٠ - ٣٦ درجة حسب مقياس تقييم التوحد في الطفولة Cars وتقع نسبة الذكاء لديهم مابين (٥٥ – ٦٨) حسب مقياس (ستانفورد بينيه)للذكاء ، وأسفرت النتائج عن تحسن المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في مستوى التفاعل الاجتماعي ، واستمر هذا التحسن بعد انتهاء تطبيق البرنامج بشهرين.

دراسة ليويس Lewis 2002 :

بعنوان " العلاقة بين اللغة واللعب بين الأطفال ذوى اضطراب التوحد ".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى بحث العلاقة بين اللغة واللعب بين الأطفال ذوى اضطراب التوحد ،واستخدمت الدراسة أسلوب المنهج التحليلي وذلك من خلال جمع الأبحاث والدراسات السابقة ذات العلاقة بنفس الموضوع وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة بين اللغة واللعب لدى الأطفال المصابين بالتوحد ولكنها ليست واضحة تماماً ، لكن مما يدل على وجودها هو وجود بعض العوامل المشتركة بين اللغة واللعب ومن أهم هذه العوامل هو أن كليهما يدلان على وجود شيء أو شخص معين ، أي أن كليهما يعبران عن شيء معين بطريقة ما وبالتالي يمكن استخدام اللعب والذي قد يكون عبر عنه بواسطة الدمى أو بواسطة الإشارات والرموز في تحفيز الطالب وتعميمه.

دراسة سامر الحسانى (٢٠٠٥) :

بعنوان " فاعلية برنامج تعليمي باللعب في تنمية الاتصال اللغوي للأطفال التوحديين

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى قياس مدى فاعلية البرنامج التعليمي في تنمية الاتصال اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين ، حيث تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً توحدياً قسموا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) ، وطبق عليهم مقياس الاتصال اللغوي كاختبار قبلي وبعدى ، بالإضافة إلى البرنامج التعليمي باللعب ، وأظهرت نتائج الدراسة أن البرنامج التدريبي باللعب يعمل على تنمية الاتصال اللغوي للمجموعة التي طبق عليها البرنامج (المجموعة التجريبية).

دراسة كرانتزبى Krantz,P, & McClannahan,2000 :

بعنوان " فاعلية مد الطفل التوحدى بالخيارات في الألعاب لتقليل السلوكيات المضطربة وتشجيع اللعب التفاعلي ، وزيادة مهارات اللغة لدى الأطفال التوحديين".

هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى التقليل من السلوكيات المضطربة لدى الطفل التوحدى وزيادة اللعب التفاعلي الذي ينمى مهارات التفاعل الاجتماعي واستخدم الباحث المنهج التجريبي على مجموعتين (تجريبية وضابطة) وبلغ عدد العينة (٣) أطفال توحد كمجموعة تجريبية ولديهم مشكلات سلوكية ونقص في اللعب التفاعلي ومهارات اللغة ، وتم إتاحة الفرصة للأطفال لاختيار الألعاب المرغوبة أثناء التدخل لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي ومهارات اللغة وفي المقابل كان هناك مجموعة ضابطة مكونة من (٣) أطفال لم تتاح الفرصة لهم لاختيار الألعاب ، حيث قام المعلمين بتحديد هذه الألعاب وأظهرت النتائج أن إتاحة الفرصة لاختيار الألعاب يقلل من السلوكيات المضطربة ويحسن من مهارات اللغة.

قائمة المراجع

أولاً / المراجع العربية :

إبراهيم الزريقات (٢٠٠٤) : التوحد ، الخصائص والعلاج ، عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع.

إبراهيم القريونى ، غانم البسطامى (١٩٩٥) : مبادئ التأهل ، مقدمة في تأهيل ذوى الاحتياجات الخاصة ، الكويت ، مكتبة الفلاح .

إبراهيم العثمان ، إيهاب الببلاوى :(٢٠١٢) :مدخل إلى اضطرابات التوحد، ط ١ ، دار الزهراء ، الرياض .

إبراهيم عبد الفتاح الغنيمى (٢٠١٠) : استخدام القصص الاجتماعي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الأوتيزم ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة بنها

إبراهيم محمود بدر (٢٠٠٤) : الطفل التوحدى تشخيص وعلاج ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

إجلال محمد سرى (١٩٩٠): علم النفس العلاجي ، دار عالم الكتب ، القاهرة .

إجلال محمد سرى (٢٠٠٠) : علم النفس العلاجي ، ط٢ ، القاهرة ، عالم الكتاب.

أحلام رجب عبد الغفار (٢٠٠٣) : تربية المعاقين ذهنياً، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.

أحمد عباس عبد الله (٢٠٠٠) : إشكالية التشخيص في علاج التوحد ، ندوة الإعاقات النمائية البحرين ، جامعة الخليج العربي .

أحمد فهمى عكاشة (٢٠٠٠):علم النفس الفسيولوجي، ط٥ ، القاهرة ، دار المعارف .

أحمد فهمي عكاشة (١٩٩٨) : الطب النفسي المعاصر ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

أحمد فهمي عكاشة (١٩٩٢) : الطب النفسي المعاصر(ط ٨) ، القاهرة، الأنجلو المصرية.

أحمد فهمي عكاشة (٢٠٠٣) : الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، الأنجلو المصرية .

أحمد فهمي السحيمى (٢٠١١) : تشخيص وعلاج الطفل التوحدى والطفل العنيف ، القاهرة دار السحاب للنشر والتوزيع .

أسماء السرسى ، أماني عبد المقصود (٢٠٠٢) : التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب لدى الأطفال المكفوفين والمبصرين في مرحلة ما قبل المدرسة التشخيص والتحسين" مجلة كلية التربية وعلم النفس ، العدد السادس والعشرون ، الجزء الثاني .

إسماعيل محمد بدر (١٩٩٧) :مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسين حالات الأطفال ذوى التوحد ، المؤتمر الدولى الرابع للإرشاد النفسي (٢-٤)ديسمبر مج٢ ، ٧٢٧ - ٧٥٨ .

أشرف محمد عبد الغنى شريت(٢٠٠٩) : الطفل المعاق عقلياً " سلوكه . مخاوفه" الإسكندرية ، مؤسسة حورس الدولية .

السيد عبد الحميد سليمان (٢٠٠٣) : سيكولوجية اللغة والطفل ، ط ١١، القاهرة ، دار الفكر العربي .

إلهامي عبد العزيز إمام (١٩٩٩) :الذاتوية لدى الأطفال ، مراجعة نقدية ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، القاهرة .

إلهامي عبد العزيز إمام (٢٠٠١) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة بدون دار نشر .

آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٩) : سيكولوجية غير العاديين"ذوى الاحتياجات الخاصة القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٢) : سيكولوجية غير العاديين"ذوى الاحتياجات الخاصة القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

آمال عبد السلام باظة (٢٠٠٣) : استمارة دراسة الحالة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

آمال عبد السلام باظة (٢٠٠١) : تشخيص غير العاديين ، ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٧) : سيكولوجية غير العاديين (ذوى الاحتياجات الخاصة)القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

أموال عبد الكريم (١٩٩٤) : فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقلياً ،رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية جامعة عين شمس .

أنور محمد الشرقاوي (١٩٩١) : التعلم نظريات وتطبيقات ، ط ٤ ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

إياد نايف نمر (٢٠٠٥) :فاعلية استخدام مشروع ماكتون في تنمية المفردات اللغوية المرحلة الأولى) لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان ، الجامعة الأردنية ، عمان (رسالة ماجستير غير منشورة) .

جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافي (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسي الجزء الأول ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

جابر عبد الحميد ، علاء الدين كفافي (١٩٨٨) : معجم علم النفس والطب النفسي ، الجزء الخامس ، القاهرة ، دار النهضة العربية.

جمال القسام،ماجد عبيد،عماد الزغبى (٢٠٠٠) : الاضطرابات السلوكية ، عمان دار صفاء للنشر والتوزيع .

جوزيف ف. ريزو وروبرت د. زابل (ترجمة عبد العزيز الشخص ، زيدان أحمد السرطاوى (١٩٩٩- أ) تربية الأطفال والمراهقين .

جودمان سكوت (٢٠٠٢) : التدريب الرياضي لذوى الاحتياجات الخاصة – المبادئ الأساسية : ترجمة عبد الحميد الممطر ، الرياض ، مجلس التعاون لدول الخليج .

جودت عبد الهادي وسعيد حسنى العزة (٢٠٠٢) : تعديل السلوك الإنساني ، عمان ، الدار العلمية الدولية.

جوديث جولد (١٩٩٧) : تغطية شاملة لفعاليات مؤتمر الكويت للتوحد وضعف التواصل، مركز الكويت للتوحد ، محاضرات اليوم الثاني .

حامد عبد السلام زهران(١٩٩٨) : علم نفس النمو ومشكلات الطفولة والمراهقة الطبعة الخامسة ، القاهرة ، عالم الكتاب .

حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط٤، القاهرة ، عالم الكتب .

حسام إسماعيل هيبة (١٩٩٧) : سيكولوجية غير العاديين ، الإعاقة العقلية الحسية القاهرة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

حسن مصطفي عبد العاطي (٢٠٠٣) : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب - التشخيص - العلاج) ، القاهرة ، دار النهضة .

حسنى إحسان حلواني (١٩٩٦) : المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة .

حسين على فايد (٢٠٠٤) : علم النفس المرضى (السيكوباثولوجى) ، الإسكندرية مؤسسة حورس الدولية .

حمدي شاكر محمود (١٩٩٨) : مقدمة في التربية الخاصة (معايير النمو - أدوات التشخيص - برامج التعلم - فنيات الإرشاد)، الرياض ، دار الخريجين للنشر .

حنان العناني (٢٠٠٢) : اللعب عند الأطفال ،الأسس النظرية والتطبيقية ، الأردن ، عمان دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

حنان حسن نشأت (١٩٩٤) : أثر استخدام الفن التشكيلي في تعديل بعض المظاهر السلوكية لعينة من مرضى التخلف العقلي ، دراسة تجريبية ، رسالة ماجستير ،كلية الآداب ، عين شمس.

حياة المؤيد (١٩٩٦) : بناء وتقويم برنامج لتعديل سلوك مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً في المجتمع البحريني " دراسة تجريبية " ، رسالة دكتوراه غير منشورة كلية البنات جامعة عين شمس .

ربيع شكري سلامة (٢٠٠٥) : التوحد اللغز الذي حير العلماء والأطباء، القاهرة، دار النهار .

رشاد على عبد العزيز موسى (٢٠٠٢) : علم النفس الإعاقة ، القاهرة ، الأنجلو المصرية.

رضا عبد الستار كشك (٢٠٠٧) : فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين،رسالة دكتوراه،كلية التربية الزقازيق.

رفاه جمال لمفون (٢٠١٠) : تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من المراهقين ذوى اضطراب التوحد (رسالة ماجستير غير منشورة) مكة المكرمة،جامعة أم القرى ، قسم علم النفس .

رفعت محمود بهجات (٢٠٠٧) : الأطفال التوحديين جوانب النمو وطرق التدريب،القاهرة ، عالم الكتاب .

رمضان محمد القذافي (١٩٩٤) : سيكولوجية الإعاقة ، طرابلس الدار العربية للكتاب.

زكريا الشربيني (٢٠٠٤) : طفل خاص بين الإعاقة والمتلازمات- تعريف وتشخيص ،دار الفكر العربي ، القاهرة .

زينب محمد موسى (٢٠٠٥) : فعالية برنامج للعب الموجه في تنمية بعض جوانب النمو العقلي المعرفي لدى أطفال الروضة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية جامعة عين شمس .

زينب محمود شقير(٢٠٠٠) : اضطرابات اللغة والتواصل ،النهضة المصرية،القاهرة

زينب محمود شقير (٢٠٠٤) : نداء من الابن المعاق ، المجلد الأول ط١، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية .

سامي بن جمعة (١٩٩٣) : رعاية الأطفال المعاقين في مركز بن سينا بصفاقص، وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم ، مركز سيتي كاريتاس مصر، القاهرة.

سامر الحسانى (٢٠٠٥) : فاعلية برنامج تعليمي باللعب لتنمية الاتصال اللغوي عند أطفال التوحد ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان،الأردن .

سحر محمد على غانم (٢٠٠٤) : دراسة لفاعلية العلاج بالفن في علاج المخاوف المرضية لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي، رسالة ماجستير ، كلية رياض الأطفال ، جامعة الإسكندرية.

سعيد حسن العزة (٢٠٠١) : التربية الخاصة لذوى الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية ، عمان ،الأردن ، دار البازورى للنشر والتوزيع.

سليمان عبد الواحد يوسف (٢٠١٠) : اضطرابات النطق والكلام واللغة لدى المعوقين عقليا والتوحديين ،ط١، القاهرة ، ايتراك للطباعة والنشر .

سليمان الريحاني (١٩٨٥) : التخلف العقلي ، الطبعة الثانية ، عمان الأردن ، المؤتمر الثاني للإرشاد النفسي .

سميرة عبد اللطيف السعد (١٩٩٢) : معاناتي والتوحد- الطبعة الأولى،الشويخ،الكويت.

سميرة على جعفر (١٩٩٢) : تعديل أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى أطفال المدرسة الابتدائية باستخدام برنامج إرشادي في اللعب،رسالة دكتوراه،معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة.

سها أحمد أمين (٢٠٠١) : مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين،رسالة دكتوراه غير منشورة،معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس .

سها أحمد أمين (٢٠٠٢) : الاتصال اللغوي للطفل التوحدى التشخيص، البرامج العلاجية القاهرة ، دار الفكر للطباعة والتوزيع.

سهير كامل أحمد (١٩٩٨) :سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة،مركز الإسكندرية للكتاب.

سهير محمد سلامة شاش (٢٠٠١) : فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في حفظ الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية. جامعة الزقازيق .

سهير محمود أمين (٢٠٠٠) : اللجلجة ، دار الفكر العربي ، القاهرة .

سوسن شاكر الحلبي (٢٠٠٥) : التوحد الطفولى (أسبابه- خصائصه- تشخيصه- علاجه)سوريا، دمشق ، مؤسسة علاء الدين للطباعة والنشر والتوزيع .

شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠-أ) : إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها، المؤتمر السنوي لكلية التربية بالمنصورة(نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة) جامعة المنصورة ، أبريل ، ٤٧ – ٩٨ .

شاكر عطية قنديل (٢٠٠٠- ب) : برامج رعاية المعاقين، كلية التربية، جامعة المنصورة.

صبحي عبد الفتاح (١٩٩٢):تعديل السلوك العدواني لدى الأطفال باستخدام برنامج للعلاج الجماعي باللعب وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية ، رسالة دكتوراه كلية التربية ، جامعة طنطا .

صبره محمد على وأشرقت عبد الغنى شربت (٢٠٠٤) : الصحة النفسية والتوافق النفسي الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

صلاح الدين عراقي محمد (٢٠٠٦) : برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة حياة أبنائهم ذوى الاحتياجات الخاصة ، مجلة كلية التربية ، جامعة بنها .

طارق مسلم الثمرى ، زيدان أحمد السرطاوى (٢٠٠٢) : صدق وثبات الصورة العربية بمقياس تقدير التوحد الطفولى ، مجلة أكاديمية التربية الخاصة ، العدد الأول الرياض المملكة العربية السعودية .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢- أ) : الأطفال التوحديين ، دراسات تشخيصية وبرامجية القاهرة ، دار الرشاد .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢- ب) : فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض الآداب ، سلسلة الإصدارات الخاصة ، العدد (٧) ، جامعة المنوفية .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٣) : جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين ، وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً ، القاهرة ، دار الرشاد .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤- أ) : الإعاقة العقلية ، سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة القاهرة ، دار الرشاد .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤- ب) : الإعاقة العقلية ، سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة القاهرة ، دار النشر .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٥) : سيكولوجية الموهبة ،القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع

عادل عبد الله محمد(٢٠٠٨- أ):مقياس الطفل التوحدى،القاهرة ،دار الرشاد للنشر والتوزيع

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٨- ب) : العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين، القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع .

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) : العلاج المعرفي السلوكي،أسس وتطبيقات ، القاهرة ، دار الرشاد للنشر والتوزيع.

عاطف حامد زغلول (٢٠٠٤) : الاتجاهات الحديث في مناهج الأطفال المعاقين عقلياً(القابلين للتعلم) ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة، جامعة المنصورة،تربية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي- الواقع والمستقبل، في الفترة من ٢٤- ٢٥ مارس ،١، ٢٣١- ٢٦٥ .

عبد الحميد عبد المجيد حكيم (١٩٩٩) : موقف الفكر الإسلامي من ذوى الحاجات الخاصة ، الدورة الأولية لتأهيل معلمي المعاقين تخصص التربية الرياضية ، مكة المكرمة ، كلية المعلمين ، جامعة أم القرى .

عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠٠) : الذاتوية إعاقة التوحد عند الأطفال ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق.

عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١) : إعاقة التوحد ، ط٢، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق

عبد الرحمن سيد سليمان ، سميرة محمد شندى ، إيمان فوزي سعيد (٢٠٠٤- ب) : الطفل التوحدى ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم(٢٠٠١):الطفل التوحدى (الذاتوى الإجترارى)، القياس والتشخيص الفارق ، المؤتمر الدولي السادس ، مركز الإرشاد النفسى ، ١٠- ١٢ نوفمبر ، جامعة عين شمس .

عبد الرحمن محمد العيسوي (٢٠٠٥) : الانطواء النفسي والاجتماعي ،ط١، بيروت ، دار النهضة العربية .

عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر (٢٠٠٥) : علم النفس الإكلينيكي (في ميدان الطب النفسي) ط٢ ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

عبد العزيز السيد الشخص،عبد الغفار الدماطى (١٩٩٢): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .

زيدان السرطاوى (١٩٩٤) : تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً (النظرية والتطبيق) ، الجزء الأول ، الإمارات العربية المتحدة ، العين ، دار الكتاب الجامعي .

(٢٠٠٣) : دورة تدريبية في التوحد الطفولى ، في الفترة من ٧/ ١٠ إلى ١١/٨ / ٢٠٠٣ مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس .

عبد الله محمد الصبى (٢٠٠٢) : التوحد وطيف التوحد ،ط١، الرياض، دار الزهراء .

(٢٠٠٣) : اضطرابات التوحد وطيف التوحد : أسبابه ،أعراضه، كيفية التعامل معه، سلسلة التوعية الصحية (٣) الرياض .

عبد العظيم شحاتة (١٩٩٠):التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً، القاهرة، النهضة المصرية.

عبد العظيم شحاتة (١٩٩٣):التأهيل المهني للمتخلفين عقلياً،القاهرة ، النهضة المصرية.

عبد الفتاح عبد المجيد الشريف(٢٠٠٧) : التربية الخاصة في البيت والمدرسة، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية .

عبد اللطيف مرسى عثمان (١٩٨٩) : التخلف العقلي (الوقاية – العلاج)، القاهرة دار انترناشيونال بلس للنشر .

عبد الله سكر (٢٠٠٥) : الاضطرابات النفسية للأطفال ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية

عبد المجيد منصور وآخرون (٢٠٠٣) : علم النفس الطفولى ، الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الإسلامي ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

عبد المجيد عبد الرحيم (٢٠٠٧) : تنمية قدرات الأطفال المعاقين ، القاهرة ، دار غريب للنشر والتوزيع .

عبد المجيد سيد أحمد منصور، زكريا أحمد الشربيني، يسرية صادق (٢٠٠٣): موسوعة تنمية الطفل "الطفل ومشكلاته النفسية والتربوية والاجتماعية – الأسباب وطرق العلاج " الجزء الأول ، الطفل العادي ، القاهرة ، دار قباء للتوزيع والنشر .

عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٥) : مدخل إلى سيكولوجية رسوم الأطفال، القاهرة،دار المعارف للنشر والتوزيع .

عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٦) : سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم القاهرة ، دار الفكر العربي .

عبد المطلب أمين القريطى (٢٠٠٥) :سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم القاهرة ، دار الفكر العربي .

عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٦) : الصحة النفسية ، القاهرة ، دار الفكر العربي .

عبد المنان ملا معمور (١٩٩٧) : فعالية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال التوحديين ، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ، ٢-٤/ ١٢، (١) ٤٣٧-٤٦٠ .

عبد المنصف رشوان (٢٠٠٥) : العلاج السلوكي ، ط٢، الرياض، العبيكان .

عبد المنعم الحفنى (١٩٧٨) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة، مكتبة مدبولي.

عثمان لبيب فراج (١٩٩٤) : إعاقة التوحد أو الإجترار – خواصها وتشخيصها، إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ،النشرة الدورية ، (ديسمبر)،ع ٤٠ ،٢- ٨

- عثمان لبيب فراج (٢٠٠٠) : من إعاقات النمو الشاملة متلازمة ريت ، اتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، العدد ٦٢، السنة السابعة عشر ص- ص ٢-١٣ .

عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢- أ) : الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة " تعريفها،تصنيفها، أعراضها ، تشخيصها ، أسبابها ، التدخل العلاجي " المجلس العربي للطفولة والتنمية ، القاهرة.

عثمان لبيب فراج (٢٠٠٢- ب) : برامج التدخل العلاجي والتأهيل لأطفال التوحد (٥) النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، القاهرة ، العدد(٧٢) ٢- ١٣ .

عثمان لبيب فراج (٢٠٠٣) : العوامل المسببة لإعاقة التوحد ، إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية ، العدد(٧٣) ، السنة التاسعة عشر مارس ، ٢- ٢٠ .

(١٩٩٦) : سيكولوجية التوحد أو الإجترار ، النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة .

عزة خليل عبد الفتاح (١٩٩٠) : اللعب كأسلوب لحل بعض المشكلات – دراسة تجريبية على أطفال ما قبل المدرسة ،رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس .

عزة محمد سليمان ممدوح(١٩٩٧):مدى فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات اللغوية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً من فئة القابلين للتعلم، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

عفاف أحمد فراج ، نهى مصطفي حسن (٢٠٠٤) : الفن لذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

عصام محمد زيدان (٢٠٠٤) : الإنهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال .

علا عبد الباقي إبراهيم (١٩٩٣) : برنامج تدريبي للأطفال ذوى الإعاقة العقلية ، سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقة الطفولة – الكتيب الأول ، القاهرة ، مكتبة الطوبجى التجارية .

علا عبد الباقي إبراهيم (١٩٩٣) : برنامج تدريبي للأطفال ذوى الإعاقات العقلية،كلية التربية ، جامعة عين شمس.

علا عبد الباقي إبراهيم (٢٠١١) : اضطراب التوحد "الأوتيزم" ط١ القاهرة،عالم الكتاب.

علاء الدين كفافي (٢٠٠١) : تشخيص الاضطراب الإجترارى ، مجلة علم النفس ، العدد ٥٩ ، السنة الخامسة عشر ، سبتمبر، ٦- ١٥ .

عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤) : خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على استخبار أيزنك لشخصية الأطفال . مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق،القاهرة،إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ع ٤٩ ، السنة الرابعة عشر .

عمر بن الخطاب (٢٠٠١) : الأساليب الفعالة في علاج التوحد ، مجلة معوقات الطفولة جامعة الأزهر ، العدد التاسع ، مايو ، ٥٧- ٦٦ .

(١٩٩١) : التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه التوحدية ، مجلة الدراسات النفسية ، يوليو .

عوض بن مبارك سعد اليامى (٢٠٠١- أ): علاج أطفال التوحد من خلال الفن التشكيلي كلية التربية ، جامعة الملك سعود .

عوض بن مبارك سعد اليامى (٢٠٠١- ب): مفهوم العلاج بالفن التشكيلي ، كلية التربية جامعة الملك سعود.

عوض بن مبارك سعد اليامى (٢٠٠٤- أ): الأشكال البصرية والعلاج النفسي : نحو علاج معرفي سلوكي بالفن التشكيلي . مجلة علم النفس ، القاهرة ،الهيئة المصرية للكتاب ،ع٤ ، السنة الرابعة عشر .

فاروق فارع الروسان (١٩٩٨) : أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، عمان الأردن ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

فاروق فارع الروسان (١٩٩٨) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة ،دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .

فاروق محمد صادق (٢٠٠٣) : "تنوع حالات التوحد في ضوء التشخيص" دورة تدريبية في الفترة من ٧ /١٠ إلى ٨ / ١١ / ٢٠٠٣ بمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس.

فاروق محمد صادق (١٩٨٢): سيكولوجية التخلف العقلي ، الرياض ، مطبوعات جامعة الرياض .

فاروق محمد صادق (١٩٩٨) : الإعاقة العقلية في مجال الأسرة ، الحياة الطبيعية حق للمعوق ، إتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين،النشرة الدورية،(٥٥)٤٩-٥٧ .

فايزه إبراهيم الجيزاوى (٢٠٠٨) : فعالية برنامج سلوكي وبرنامج النشاط المصور في تنمية بعض التعبيرات الانفعالية لدى عينة من الأطفال التوحديين،رسالة دكتوراه كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ .

فتحى السيد عبد الرحيم (١٩٩٠): سيكولوجية الأطفال غير العاديين ط٤ ، ج٢ ، الكويت دار القلم .

فريدة عبد الغنى السماحى (١٩٨٨) : دراسة مقارنة لأثر كل من العلاج باللعب والعلاج النفسي الجماعي وبرنامج التدعيم الاجتماعي على سلوك وديناميات الأطفال الاكتئابيين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة طنطا .

فهد بن سلمان الفهيد (٢٠٠٧): دور العلاج بالفن التشكيلي في تأهيل إصابات ذوى العمود الفقري في مدينة الملك فهد الطبية،رسالة ماجستير،كلية التربية،جامعة الملك سعود.

فهد محمد المغلوث (٢٠٠٥) : كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد ، الرياض .

فوزية دياب (١٩٩٥) : نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانة ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.

فيوليت فؤاد إبراهيم (١٩٩٢):"مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقلياً بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم" بحوث المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري (المجلد الثاني).

كريمان بدير (٢٠٠٤) : الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، عالم الكتاب .

كريستين مايلز(١٩٩٤):(دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقلياً) تقديم البرفسير بيتر ميتلر، ترجمة : عفيف الرزاز بمشاركة من محمود المصري ومؤنس عبد الوهاب وفادية الملا ، لبنان، ورشة الموارد العربية والرعاية الصحية وتنمية المجتمع

كريستين نصار، جانيت يونس(٢٠٠٩) : التوحد ، ط١، بيروت، المطبوعات للتوزيع والنشر

كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٦): مرجع في علم التخلف العقلي ، ط١، الكويت،دار القلم.

كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٧): مرجع في علم التخلف العقلي،ط٢،دار النشر للجامعات القاهرة .

كمال إبراهيم مرسى (٢٠٠٠): مرجع في التخلف العقلي،دار النشر للجامعات،القاهرة.

كمال سالم سيسالم (١٩٩٨) : الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين ، تقديم فاروق محمد صادق ، الرياض ، مكتبة الصفحات الذهبية .

(٢٠٠٢) : موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي ، ط١، العين ،الإمارات العربية المتحدة ، دار الكتاب الجامعي . كوهين ، سايمون وبولتون، باتريك، ترجمة عبد اله إبراهيم (٢٠٠٠) : حقائق عن التوحد الرياض، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة . الجزء الثاني ،ط٤، الكويت،دار القلم.

لويس كامل مليكه (١٩٩٠): دراسة الشخصية عن طريق الرسم ، ط٦ ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

لويس كامل مليكه (١٩٩٨): الإعاقة العقلية والاضطرابات الارتقائية ، القاهرة، مكتبة النهضة العربية .

لورنا وينج ، ترجمة هناء المسلم (١٩٩٤) "الأطفال التوحديين" مرشد للآباء ، كونستال لندن .

لينا نمر بن صديق (٢٠٠٥) : فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحديين وأثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي ، الجامعة الأردنية عمان رسالة ماجستير غير منشورة .

ماجد السيد عمارة (٢٠٠٥): إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق ، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق .

مجدي فتحي غزال (٢٠٠٧): فعالية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من أطفال التوحد في مدينة عمان ، رسالة دكتوراه ، كلية الدراسات العليا ، الجامعة الأردنية .

محمد إبراهيم عبد المجيد (٢٠٠٣) : الطفل الذاتوى برنامج تنموي لبعض المهارات القاهرة ، دار الفكر العربي ،

محمد أحمد خطاب (٢٠٠٥) : سيكولوجية الطفل التوحدى ، تعريفها ، تشخيصها ، أعرضها ، أسبابها ، التدخل العلاجي ، عمان ، دار الثقافة .

محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠٠٧) : المرجع في اضطراب التوحد التشخيصي والعلاج كلية التربية بدمنهور ، جامعة الإسكندرية .

محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠٠٦) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

محمد السيد عبد الرحمن(٢٠٠٠- ب): التوحد ، المفهوم ، التعليم ، التدريب، مرشد إلى الوالدين والمهنيين ، الرياض ، دار عالم الكتاب للطباعة والنشر .

محمد بن عبد العزيز الفوزان (٢٠٠٠) : "التوحد / المفهوم-التعليم -التدريب، مرشد إلى الوالدين والمهنيين" الرياض ، دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع .

محمد حسيب الدفراوى (١٩٩٣) : الخدمات التي تقدم للطفل الأوتيستك في مصر ، ورشة عمل عن الأوتيزم ، ديسمبر ، مركز سيتي (١٠٢- ١٠٧) .

محمد حماد هندي (٢٠٠٢) : نظام تضمين التلاميذ ذوى الاحتياجات الخاصة بمدارس التعليم العام مفهومه ، ومبرراته ، ومميزاته ، وعوامل نجاحه، مؤتمر التربية الخاصة في القرن الحادي والعشرين ، تحيات الواقع وآفاق المستقبل ، كلية التربية ، جامعة المنيا ، في القاهرة من ٧- ٨ مايو ،١٠١ – ١٤٠ .

محمد جواد الحاضر(٢٠٠٨): فعالية برنامج تدريبي باستخدام اللعب لتنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لعينة من الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه،التربية.الزقازيق

محمد سيد مرسى (٢٠٠٧) : اضطراب التوحد، ط١،القاهرة،مكتبة الأنجلو المصرية .

محمد سيد مرسى (٢٠١٣) : فعالية برنامج تدريبي باستخدام الكومبيوتر في تنمية بعض مهارات اللعب للأطفال التوحديين ،رسالة دكتوراه في الفلسفة، كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ.

محمد شعلان (١٩٧٩): الاضطرابات النفسية في الأطفال،ج٢، القاهرة ، الجهاز المركزي للكتب الجامعية .

محمد شوقي عبد المنعم (٢٠٠٤) : فعالية برنامج إرشادي فردى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين (الأوتيزم) رسالة ماجستير غير منشورة،كلية التربية ،جامعة طنطا فرع كفر الشيخ،

محمد شوقي عبد المنعم عبد السلام (٢٠١٤) : فعالية كل من برنامج سلوكي تدريبي وبرنامج لعب موجه في تخفيف اضطرابات اللغة والكلام لدى الأطفال التوحديين رسالة دكتوراه في الفلسفة ، كلية التربية ، جامعة كفر الشيخ .

محمد صبري وهبة(٢٠٠٤) : الأطفال ذوو التوحد واضطراب الدمج الحسي ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة بجامعة المنصورة،٢٤- ٢٥/ ٣ المجلد الثاني ، ١٠٤٣- ١٠٥١.

محمد عبد الرازق هويدى (٢٠٠٠) : طيف اضطراب التوحد ، ندوة الإعاقات النمائية البحرين ، جامعة الخليج العربي .

محمد على كامل مصطفي (١٩٩٨) : من هم ذوى الأوتيزم ، القاهرة ، مكتبة النهضة

محمد قاسم عبد الله (٢٠٠١) :الطفل التوحدى أو الذاتولى،الإنطواء حول الذات ومعالجته(اتجاهات حديثة) ، عمان ، دار الفكر العربي .

محمد كمال أبو الفتوح (٢٠٠٩) : فعالية برنامج تدريبي في تحسين الكلام . محمد محروس الشناوي (١٩٩٧): التخلف العقلي (الأسباب - التشخيص - البرامج - القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر .

محمد مقداد وآخرون(٢٠٠٨): إعداد معلمي التلاميذ العاديين للتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء أساليب الدمج ، محرر في :محمد مقداد،وليد كمال القفاص،عصام توفيق قمر، محمد أرزقى بركات ، إنتصار محمد على، على لويس، زكية شنه، دلال جغبوب، وسمية صالحى(٢٠٠٨):رعاية ذوى الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين المج والعزل،القاهرة ،المكتب الجامعي الحديث .

محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩١) : النفس أسرارها وأمراضها ، ط٢،القاهرة، دار المعارف.

محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨) : الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج القاهرة ، بدون دار نشر .

محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩١) : الطب النفسي، الطفولة والمراهقة ، المشكلات النفسية والعلاج ، منشور بواسطة المؤلف ، القاهرة .

محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨) : النفس أسرارها وأمراضها،القاهرة، مكتبة الفجالة.

محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي (٢٠١٤) : تخفيف حدة الخوف المرضى لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ،دسوق ، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

محمد عز الدين(٢٠٠١) : التوحد مرض محير يهدد أطفال الخليج،مجلة نصف الدنيا، القاهرة ، مؤسسة الأهرام .

محمد على كامل(١٩٩٨):من هم ذوى الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج،القاهرة، دار النهضة المصرية .

محمد على فتيحة (٢٠٠١): "معاً نتواصل لحياة أفضل " حلقة نقاشية حول التوحد الإمارات العربية المتحدة ، الشارقة، في الفترة من ٥- ٧ يونيو ٢٠٠١.

محمود على محمد (٢٠٠٤): تدريب التوحديين في نطاق الأسرة ، المؤتمر العلمي الثاني لمركز رعاية وتنمية الطفولة،جامعة المنصورة،(المجلد الثاني) ٢٤ - ٣/٢٥ .

محمود عنان (١٩٩٨) : رعاية الطفل المعوق ،القاهرة، سلسلة سفير التربوية.

مدحت عبد الحميد أبو زيد (٢٠٠٢): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية وبروتوكولات تحليلية وسلوكية معرفية،ط٢، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

مصطفي محمد عبد العزيز (١٩٩٧) : التربية الفنية للفئات الخاصة ، القاهرة، الأنجلو

مها أبو العز (٢٠٠٦) : العلاج بالرسم أسلوب علاجي ناجح مع الأطفال التوحديين ، القاهرة ، مركز أسرتي مبدعة .

نادر فهمي الزيود (١٩٩٥) : تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً ،الأردن ،عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

نادية إبراهيم أبو السعود (١٩٩٧):الاضطراب التوحدى لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية،رسالة ماجستير غير منشورة ،معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس

نادية إبراهيم أبو السعود(٢٠٠٢) : فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم، رسالة دكتوراه معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

نادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٠) : الطفل التوحدى في الأسرة،الإسكندرية، المكتب العلمي للنشر .

(١٩٩٨) : الاضطراب التوحدى لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة،عين شمس.

نادية أديب (١٩٩٣) : الأطفال التوحديون (الأوتيستك)وقائع ورشة عمل عن الأوتيزم مركز سيتى كاريتاس مصر . ديسمبر ٩٣ .

ندى ناصف، سمر حيدر (٢٠٠٨) : (تعالى لنلعب) ، دليل التواصل بين الأهل والطفل الذي يعانى من التوحد ،الجمعية اللبنانية للأوتيزم (التوحد).

نعمة مصطفي رقبان (٢٠٠٦) : المهارات الحياتية وتأهيل المعوقين ، ورقة مقدمة في الملتقى الثالث للمهارات الحياتية تحت شعار"صحتك بين يديك" الذي تقيمه إدارة الأنشطة الفنية والثقافية بوزارة التربية والتعليم بدولة الإمارات ، الأربعاء ٨/ ٢/ ٢٠٠٦ – مسرح الوزارة .

نوال عطية (١٩٩٥) : علم النفس اللغوي ، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، ط٣ .

نيفين زيور (١٩٨٨) : الأمراض النفسية لدى الطفل والمراهق ، بدون ناشر .

نهلة غندور (٢٠٠٠) : كيف نواجه التعقيدات الملحة لدى الطفل التوحدى ، الرياض مجلة عالم الإعاقة ، السنة الثالثة ، العدد (١٧) .

هالة فؤاد كمال الدين (٢٠٠١) : تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي.

هدى أمين عبد العزيز (١٩٩٩) : الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ،قسم علم النفس ، جامعة عين شمس .

هشام عبد الرحمن الخولى (٢٠٠٤) : فاعلية برنامج علاجي لتحسين حالة الأطفال ذوى الأوتيزم ، مجلة كلية التربية ، جامعة طنطا ، مج٢ ، ع٣٣ ، ص ٢٠٨- ٢٣٨. ١

هشام عبد الرحمن الخولى (٢٠٠٨) :الأوتيزم،الإيجابية الصامتة، إستراتيجيات لتحسين الأطفال الأوتيزم، بنها الجديدة، دار المصطفي للطباعة .

هدى محمود الناشف (٢٠٠٤) : " خفايا التوحد ،أشكاله وأسبابه وتشخيصه ، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر .

وفاء على الشامي (٢٠٠٤) : سمات التوحد تطورها وكيفية التعامل معها ، جدة ، مركز جدة للتوحد .

وليام كرين (١٩٩٦) : نظريات النمو مفاهيم وتطبيقات ، ترجمة محمد الأنصارى ، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية .

وليام كرين ، ترجمة محمد الأنصارى (٢٠٠٢) : دراسة حالة في العلاج بالتحليل النفسي (بتلهايم والتوحد) ، مجلة الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ع(٢٥)م (١) .

وليد السيد خليفة ، مراد على عيسى (٢٠٠٧) كيف يتعلم المخ ذو التخلف العقلي ، الإسكندرية ، دار الوفاء للطباعة والنشر .

ياسر بن محمود الفهد (٢٠٠٠) : استخدام حمية الغذاء الخالي من الجلوتين والكازين لمساعدة أطفال التوحد . الرياض : مجلة عالم الإعاقة ،٣، (٥١) .

يوسف القريوطى ، عبد العزيز السرطاوى ، جميل الصمادى (١٩٩٥) : المدخل إلى التربية الخاصة ، الإمارات ، دار القلم .

يوسف بشير ، يعقوب البهبهانى (٢٠٠٤) : التوحد علاج الذاتوية بين الأمل والعون ، عمان ، دار رؤى .

ثانياً /المراجع الأجنبية :

154- Apple,A, Billingsley ,F & Schwartz , (2005) : Effects of video modeling along and self management on compliment – giving behaviors of children with high functionong ASD.

Atkinson,M.& Hor mpy,G.(2002) mental health handbook for hools,ondon: Routledge Falmer.

- Barly. A Phelips. W Rutter,M (1998): Assessing And Intervening in the Communication Environment British J .Of Learning Disabilities,26.pp 62-66.

155- Barry,T, Klinger, L,M. Lee,J, Palardy,N, Gilmore, T & Bodin,D (2003) : Exsamining The Effectiveness of on outpatient clinic Basedsocial skills Group for high – functioning children with Aiaorders joumal of Autism and Developmental Disorders, 33(6), 685-601. – Bergman, J. And Gerdyz. J(1998) the Early Years of autism national autistic.society,pp 25-49 .

- Bower B., (2000): Gene Implicated in Deevelopment of Autism, Matyland, science News, 158(25) 39

-Braymond, E. (2004). Learners with mild disabilities.New Yorc: pearsonEducation,Inc.

156- Biklin, D (2002) : Communication unbound : autism and proxis, Harvard educational review,(60), 10-20 .

157- Brill,M. (2001) : Keys to parenting the child with autism,secont edition, New York, Barron s educational series,Inc. – Brown. W (1996): Autism : Towards An Integration Of Clinical- Genetic AndNeurobiological perspectives , Journal Of Child Psychiatry (37)pp 89-126 .

158- Bruno, F. (1992) : the family encyclopedia of child psychology and development , New York,John Wiley & sons,Ins.

159- Cannon, N , L (2006) : the effects of floor time on cdmmunication interaction behaviors between typically developing preschoolers and preschoolers with autism MD,Miami university , faculty of Miami university . Oxford, OH .

- Choi,(2000) .Let,s play Children with Autism and Ther play partners Together. Pup schonell Special Education Ressearch Centre, University Queensland,Australia.

- connor,Mike,J,(2000): Autism: current Issues,Form the World WIDE Webhttp www.av.com.

160- Dawson , G , Toth ,K ,ostiling,J, A& Liaw,J,(2004) : Early social attention impairments in autism : sosial orienting, joint attention&attention to distress. Developmental psychology,40(2),27 1-283.

-Durand. M. & carr, E (1988) : Autism in Hand Book Of Development And Phusical Disabilities By Hasselt .V Strain,S And Hersen pergman press New York .

- Edelson – Stebhen – M (1998) : Evalustion Of A Mechanical Journal of A Mechanical Hand Support For Facuitiliated Communication Joyrnal of Autism – And Developmenttal – Disorders . vol 28 (2)p:153.

161- Emery, Melindaj (2004) : Art therapy as an intervention for autism Art Therapy . 24 (3) 143 – 147.

162- Eik eath, S. & smith T. (1997) : intensive behavioral treatment for preschoolers with severe mental retardation and ,A,Journal.of mental retardation,238-246 107: 330.

163- Fluberg,H. (2001) : Autistic childrens talk about psychological states Deficits in the early acquisition of theory ,63 (1) ,115-123.

- Frith, uta.(2007) :Autism : Explaining The Enigma Oxford : Blac Well publishing (Connor,Milc,J , 2000:p5).

164- Frith,U. (2003) : Autism Ezplaining the Enigma , second edition ,black well publishing.

165- Gabriels,Robin L (2003) : Art therapy with childrenwho have autismand their families MALOCHIDI,Cathya. (ED). Hand book of Art therapy. 193-206. New York. Us : Guiford,XVSI,64.

166- Gilleberg , C (1992) : The worled congress International Association for the scientific,study of Mental Deciclency 5th August,389. 167- Goldstein, H , & Thieman ,K (2000) : Effects of visually mediated intervention on the social communication of children of pervasive developmental disorders. Special education programs (ED-OSERS). Washington, D. C. –Goldestein G. Johnson C .and Minshew N. (2001) :Attentional processes in autism Jornal of autism and developmental disorders Vol. 31(14).pp433 – 439 .

- Goldestein M.,Kugo,S., Kusano,N., Meller,E., Dancis G., & Schwarcz,R.(1986): Abnormal psychology ezperiences origins and interventions little brown and company : Yoronto.

168- Grela, B & Mclaughlim, K (2006) : Focused stimulation for a

169- Hartman, C , Lutejn, E , Serra , M & Minideraa, R (2006) : Refinement of the children s social Behavior Questionnaire (CSBQ): an Instrument that Describes the Diverse problems seen in Milder forms of PDD. Journal of Autism and Development Disorders,36 (3) ,235-242.

170- Henley,David R (2002) : Blessings in disguise : ldiomayic expression as astimulus in group Art therapy with children. Art therapy . 17 (4), 270 – 275.

171- Hepburn, S & Stone, W (2006) : Using carey temperament scales to assess Behavioral style in children with autism spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmenttal disorders, 36 (1) 37-642.

172- Hawkins, S. (1994) : Mental Retadation Children Eric Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education Reston, VA. P (15). – Hart,C, (1993) : A parent Guide Autism . New York : simon & Schuster.

173- Howie, Paula.(2002) : Releasing thapped images children grapple , with the reality of the September 11 Attaks , presented at the AATA conference,24,244- 222. – Howlin, p. (1998) : Children with autism and asperger syndrome : A guide for practitioners and careers . New York, weinheim , John wiley & son.

174- Ivey, M, Heflin, L , & A lberto, p (2004) : the use of social stories to promote independent behaviors in novil events for children with PDD-NOS. focus ok Autism and other Developmental Disabilitise ,19 (3) ,164-176.

175- Jelven,M (2002) : A play based treatment model for improvin[the social play development of children with autism spectrun disorder PHD, university of Califomia. – Joseph , Pear ,Garry Martin (2004): Behavior Modification ,what Is And How To Do It,perntice Hall,Supper , saddle,New Jersey 0745538.

Julia, M.(2006) : Playing laughing and learning with children on the autism spectrun : Apractical resource of play ideas for parents and careers , secont publishers in the united Kingdon Jessica Kingsley published Ltd 116Bentonville Road,N19JB London , England.

- Kabot, S et al (2003) : Advancen in Diagnosis In Autism professional paychological Research and practice, VOL 343,No.1,pp.26-33 .

- Krantz, p. (2000) : Commentary : Interventions to facilitare socialization Journal of Autism and Developmental Disorders.30(5) ,411-413.

176- Karnerick, Thelamz & schimmel Bellaf. (1991) : worleds

Amacked by great Big snow flakes : Art therapy with an AutismBoy , The American Journal of Art therapy, 29.(1) 77:84.

177- Kevinl. B. (1995) : Developmental Definitons and policies In

(Encyclopedia of social work) 19 th ed, Washington, Nasopress Vol(15) P (713).

178- Kozlowska, Kasia & Hanny Lesley (2001): An Art therapy group for children traumatized by porental violence and separation , clinical child psychology and psychiatry,6, (1).

- Lepist,T. shestakova,A.Vanhala , R. Alku,p. and Nktnen R, Yaguchi,K.(2003) : Speech-sound selection auditory impairment in children with autism.

- Lewis , M And Volkmar . F (1990) : Clinical Aspects of Child And Adolescent Development Third Edition New York : Lea& Febiger .

- Lord , C And paul R (1998) : Language And Communication In Autism.

179- Longenecker,H. (2002) : Parent stress related to having a child with autism : Impact of educational programming. PHD, faculty of educational Institute.

180- Luria, W. (1983) : Language Intervention , Retarderded to Retarded Child Through Cognitive. Journal of special Education, vol (119). P (10).

181- Macintosh , K & Dissamayake, C (2006) : social skills and problem Behaviours in school Aged children with high – functioning Autism and Aspergers Disorder – journal of autism and Developmental Disorders, 36,1065 – 1076 .

182- Mangal S (2002) : Advanced Conductional Psychology 2nd ed, Prentice-Hall : New Delhi. – Margalit, M. (1990) , promoting classroom social slills for student with mental retardating within an experimental and control group design Exceptionality : A Research journal, 2 (4) , 195-204.

- Nichael, W. (1999) : Technology and student with MentalRetardation phD Assistant Directory Department of Research program Cevices Journal of Specific Education Teaching,14 (1) , 374-386.

- Mc Arthior – D Adamson –Lb (1996) :JointAction In preverbal Children : Autism And Developmental Language Disorder ,J.Autism Discord V (26)

- Mcbrid P . Anne .Et Al (1998): Effects OF Diagnosis Reece and puberty On platelet Seroton in Levels InAutism AndMental Retardation journal .

- Michael , W . (1999) : Microsoft . (R) Encorta Encyclopedia 99.

183- Martin , Nicole (2008) : Assessing portrait drawings created By children and adolescenttswith autism spectrum disoder. Art therapy . 25 (1) ., 15 – 23.

184- National Research council (2001) : Education children with Autism , the National Academy of sciences , National academy press, Wasgington,DC.

- Nikopulos , C, ., and K eenan , M .,)2003) : social initiation in children with autism using video modeling Behavioral VOL. 18.pp., 87 – 108 .

185- Norris , C & Ddattilo , J (1999) : Evaluating effects of asocial story intervention on a young girl with autism . focus on autism and other developmental disabilities , 14 (3) , 188. 186 .

- Oglutree ,Billy., T , (1995) : An Innovative Language Treatment For A child with high Functing Autism Journal . Focus And Autism Behavior , VOL ,N (3) pp 902 – 928>

186- O Riordan , M & passettl , F (2006) : Discrimination in autism with in different sensory Modalities , journal of Autism and Developmental Disorders ,36 , 665 – 675 .

187- Osterling , Jand Dawson ,G. (1994) : Early Recognition of children with Autism , A study Birthday Home video Types , journal of Autism and Development Disorders , 24, (3) , 246 : 570.

- peterson , C. (2002) : Insight from pictures : the development of concepts of false drawing and false belief in children with deafness ,normal hearing and autism child Development ,73(5), 1442 – 1459.

188- Pearson ,D , Love Land , K , Lachar , D Red doch S , Man sour , R & Cleveland . L (2006) : Acomparison of behavioral and emotional Functioning in children and adolescents with autistic disorder and PDD – NOS . child Neuropsychology ,(12) ,321 – 333.

189- Reavis, S (2003) : social orienting as aconstract under lyingiong attention and imitation skills deficits in preschool children with autism. MD. University of North Carolina.

- Roeyers ,H. (1995) : A peer mediated proximity intervention to facilitate the social interaction of children with a pervasive developmental disorder British Journal of special Education, 22 (4) ,Dec, 161-167.

190- Romano, J (2003) : Are social stories effective in modifying behavior in children with autism ? PHD. Fair Leigh Diskenson university.

-Ramberg, Ehlers . C & A Johnson M Gillberg (1996) : Language and programatic function in school age children on the Autism spectrum communication ,31 (4) : pp 378 – 413.

191- Rosen han, D , Seligman, M , (1995) : Abnormal psychology, Third edition , New York, Norton & company.

192- Ruble , L, A (2001) : Analysis of social interactions asgoaldirected behaviors in children with autism journal of autism and developmental disorders , 31 (5) , 471 – 482.

193- Ruffman, T , Gamham, W & Rideout , P (2001) : Sosial understanding in autism : eye gaze as a measure of core insights child psychol, 41 (8) , 1083 – 1094 .

194- Rutten – Saris, Marihke & Evans, Kathy (1999) : Emerging interactive Art therapy , paper in conference Autism 99, U. K http: //www.autism 99,org.

195-Scheuermam, B , webber, J. (2002) : Autismteaching does make a dfference Canada, wadasworth – Thomson learning.

196- Scott, J , Clark, C , Brady , M , (2000) : Students with autism , California, singular Publishing grup.

197- Siegel , B , (1996) : the world of the Autistic child , understanding and treating autistic spectrum DIS cordons, New York, oxford university press inc.

198- Silver , Henry , E. T (2006) : Corrigendum to brief emotion training emotions children with autism , pilot study psychiatry tesearch 129 (1) 147 – 154.

199- Stephens , L , Dieppa , M & Leblanc , B. (2006) : Erikson s model of psychosocial development with autistic children and connections to evidence – based nractices for no child left naner association of teacher educators philadelphia PA.

200- Sur , D , sue , D , sue , S. (1994) : Understanding Abnormal Behavior , fourth Edition , New York, Houghtom Mifflin company. 180- Thaut, M, (1992) : Music therapy with autistic children lnw Daris, K. Gfeiier , & M. that (eds) : Introduction to music Therapy : Theory and practice Dubuque.Indiana : William C. Brown puplishers, 186 – 196.

201- Travaglini, C (2001) : the social inter action skills of a preschool child with autism in an inchusive setting IMD, Califomia state university.

202- Thomas,C (1994) : Aguide to Developing Language Competence in pre – School – Children with Severe and Moderate Retardation and Developmental Disabilities, vol (68). Pp (615 – 660).

-Warreny, p ., Roeyers , H., & Groote , I . (2005) : Early social Communicative Behaviors of preschoolers with Autism Spectrum Disorder during Interaction With ther Mothers Autism the Intarmaional Journal of Research and practice 9 (4) ,342-361.

- West,J (1992) : Child Centered ply Therapy London Hadder & Stoughton.

- Wheeler,J.& Carter,s. (2003) : Using Visual Cues in the Classroom for Leamers with Autism as a Method for promotin[positive Behavior , B C Journal of special Education Vol. (21) , No (3) , p 64.

- Wing, L., (1995) : the autistic Continuum In. Buras (Ed) Ment 41he41th mental retadation (125) .Cambridg : Cambridge university press.

- Wolf – Scheming ,Enid (2000) : Teaching Autistic Chldren Speech with smile paper in Conference Autism 99, http // wwwAutism99/.Orgl.

- Wolf ,S.(1988): psychiatric disorder of childhood In Kendall, RE. Zealley AK(E.D) Companion to psychiatric studies. London: Churchill Livingstone.

-Willomsen – Swi (1997) :Case – Study – Cross- Gender preoccupy – Actions In Two Mal Children With Autism ,J A Dd v 26 (6) pp: 635 – 648.

203- Whalen , C, Schreibman, L & Ingersoll 13 (2006) : the collaterul effects of joint attention training on social Initiations, positive, Imitation and spontaneous speech for yaung children with Autism. Joumal of Autism and Developmental Disorders, 36, (1) , 655 – 664.